



European Monitoring Centre
for Drugs and Drug Addiction



tiedosta hyvinvointia

HUUMEVUOSIRAPORTTI EMCDDA:lle Kansallinen huumausaineiden seurantakeskus

HUUMETILANNE SUOMESSA 2005

**Uusin tieto, uusimmat kehityssuuntaukset ja
erityisteemat huumeista**

REITOX

© Kirjoittaja, STAKES ja EMCDDA
ISBN 951-33-1844-3
Helsinki, Suomi 2006

ESIPUHE

Huumetilanne Suomessa 2005 - kansallinen huumevuosiraportti EMCDDA:lle on yksi Euroopan huumausaineiden seurantakeskuksen (EMCDDA) koordinoiman kansallisten seurantakeskusten verkoston (REITOX) tuottamia kansallisia vuosiraportteja. Näiden perusteella valmistetaan vuosiraportti huumeongelmasta Euroopan unionissa ja Norjassa.. Kansalliset raportit kootaan EMCDDA:n antaman viitekehysten mukaan.

Käsillä oleva raportti painottuu selkeästi viimeaikaisen huumetilanteen kuvaukseen. Ensin tarkastellaan lyhyesti pitkän aikavälin kehitystä, sitten laajasti kaikkein uusinta kehitystä (osa A) ja lopulta raportissa käsitellään kolmea huumeita koskevaa erityisteemaa (osa B). Pitkän aikavälin tarkastelu jakautuu kahteen osaan, joista toisessa käsitellään huumetilannetta kokonaisuudessaan ja toisessa yleisesti huumeiden vastaisia toimia. Osa A käsittelee huumetilannetta toisessa järjestyksessä. Siinä viimeisen vuoden aikaista huumetilannetta eri ulottuvuuksilla kuvaaviin kappaleisiin (kokeilukäyttö, ongelmakäyttö, terveyshaitat, sosiaaliset haitat, huumetarjonta) liitetään aina näihin ilmiöihin kohdistuvat yhteiskunnalliset vastatoimet (ehkäisevä työ, hoito, haittojen vähentäminen, sosiaalinen kuntoutus, kontrolli). Viimeisessä osassa B käsitellyt erillisteemat ovat (1) huumeet ja sukupuolierot, (2) huumausainestrategiat - käsittelevät myös laillisia huumeita ? ja (3) huumeiden käyttö vapaa-ajan vieton yhteydessä.

Huumevuosiraportin alussa on tarpeen muistuttaa, että suomalaisessa päihdekulttuurissa alkoholilla on pitkään ollut keskeinen asema. Siksi Suomessa korostetaan edelleen, että (huumaus)aineiden sijaan tarkastelun tulisi koskea päihdekäyttäytymistä kokonaisvaltaisesti. Tästä huomiosta huolimatta tämä raportti kohdentuu huumeiden käyttöön ja huumeista johtuviin haittailmiöihin sekä moniainekäyttöön - näkökulmiin, jossa alkoholilla ei ole erityisen merkittävää roolia. Tämä on perusteltua, koska Euroopassa huumausaineita käsitellään erillään laillisten huumeiden väärinkäytöstä sekä alkoholin ongelmakäytöstä Tämä rajoitus koskee myös REITOX-tiedontuotantoa.

Suomen huumausaineraportin on koonnut Stakesiin sijoitettu Suomen kansallinen huumausaineiden seurantakeskus. Raportin valmistelussa on hyödynnetty tutkimustietoja ja kommentteja huumausainekysymyksen eri alojen asiantuntijoilta. Kiitokset kaikille heistä ja jokaiselle heistä erikseen. Erityiskiitokset kehittämisspäällikkö Airi Partaselle (Stakes), erikoissuunnittelija Kristiina Kuussaarelle (Stakes) ja tutkija Sari Sjöbergille (Åbo Academi). Tutkija Sari Sjöberg on kirjoittanut raportin uvun 14, huumeiden käyttö vapaa-ajan yhteydessä. Koko raportin koostamisesta vastaa kansallisen huumausaineiden seurantakeskuksen erikoissuunnittelija Ari Virtanen.

Stakes

Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus
Ari Virtanen, erikoissuunnittelija
PL 220, 00531 Helsinki, Suomi
puh. 09-3967 2378
fax. 09-3967 2497
E-mail ari.virtanen@stakes.fi
[Http://www.stakes.fi/verkkojulk/](http://www.stakes.fi/verkkojulk/)

KUVAILULEHTI

Julkaisun päivämäärä

22.2.2006

Tekijät Ari Virtanen (toim.) Sari Sjöberg	Julkaisija Stakes	
	Kustantaja Stakes	
Julkaisun nimi Huumetilanne Suomessa 2005 - kansallinen huumevuosiraportti EMCDDA:lle		
Julkaisusarja ja numero		
Tiivistelmä Vuosina 1995 - 2001 huumetilanne näytti pahenevan lähes kaikkien mittarin (kokeilut, ongelmakäyttö, terveyshaitat, sairaudet, kuolemat, rikollisuus, takavarikot) mukaan. Sen sijaan kehitys vuosina 2001 - 2003 osoittaa selviä kehityksen hidastumisen merkkejä lähes kaikilla tätä ajanjaksoa kuvaavilla mittareilla. Poikkeuksen on ongelmakäyttö, joka on lisääntynyt jonkin verran vuosien 2001–2002 välillä. 1990- luvun lopulla kokeilujen ja haittojen lisääntyminen on kohdentunut erityisesti nuorimpaan ikäluokkaan (15–24 -vuotiaisiin). Tultaessa 2000 -luvulle myös nuorten ikäluokassa näkyy tasaantumiskehitystä, sen sijaan hienosta kasvukehitystä on 25–34-vuotiaiden ikäluokassa. Huumeiden vastaisessa työssä keskeisiä toimia ovat olleet ehkäisevän päihdetyön ja nuorten työpajaverkostojen luominen, koulujen opetussuunnitelmiin lisätyt ehkäisevän huumetyön osiot, matalakynnyksisten hoitopalvelujen kehittäminen, terveysneuvontapisteisiin panostaminen, vankiloiden huumehoidon kehittäminen sekä valvonnan uusien keinojen käyttöön otto. Viimeisimmän tiedon mukaan vuoden aikana huumeita käyttäneiden osuus on noin 3 % ja ongelmakäyttäjien noin 0,5 % aikuisväestöstä (15 - 64 -vuotiaat). Koululaisten (15 - 16 -vuotiaiden) osalta viimeisen vuoden käyttöluvut ovat noin 7 %. Ikäluokassa 15 - 24 -vuotiaat sekä käyttötaso (12 %) että ongelmakäyttötaso (0,9 - 1,3 %) ovat korkeimmat. Haittojen osalta (huumesairaudet, -kuolemat tai huumehoidon asiakkaat) sama ikäluokka on myös kärjessä, tosin pieniä tasaantumisen merkkejä näkyy alle 25-vuotiaiden osalta. Vastaavasti kasvukehitystä on nähtävissä yli 25-vuotiaiden osalta. Huumeiden vastaisessa työssä vuoden aikana on korostettu varhaista puuttumista syrjäytymisvaarassa olevien nuorten tilanteeseen, korvaushoidon ja terveysneuvonnan toimipisteiden alueellisen kattavuuden lisäämistä, katutasolla kontrollin ja sosiaalityön yhteistyötä huumausaineen käyttörikoksiin liittyen ja vankilasta vapautuneiden huumehoitoa. Naiset käyttävät huumeita huomattavasti vähemmän kuin miehet. Keskeinen sukupuolien välinen ero huumeiden käytössä liittyy ikärakenteeseen: tytöt aloittavat huumeiden käytön samaan aikaan tai jopa nuorempina kuin pojat, sen sijaan 25-ikävuoden jälkeen naisten huumeiden käyttö vähenee huomattavasti miehiä nopeammin. Ongelmakäytön osalta iän myötä tulleet erot ovat vähäisempiä. Huumeiden vastaisissa toimissa sukupuolierot tulevat esiin naisille suunnattujen hoitoyksiköiden sekä erityisille ryhmille (raskaana olevat, äidit, prostituoidut) suunnattujen palvelujen perusteella. Huumausainepoliittisen toimintaohjelman 2004–2007 tavoitteissa on vain yksi suora viittaus alkoholiin. Samoin viittaukset tupakkaan ovat vähäiset. Doping-aineita ei mainita lainkaan. Tämä on osittain seurausta lainsäädännöstä sekä eri aineisiin kohdistuvista hallinnollisesta koordinaatiosta. Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa kolmesta ensimmäisestä. Suomessa alkoholin, huumausaineiden ja lääkeaineiden väärinkäyttöä kuvataan termillä päihdekäyttö. Tämä käsite ei sisällä doping-aineita. Eri toimintaohjelmien kytkennät eri aineisiin sekä niiden vastaisiin toimiin perustuvatkin päihdekäsitteeseen liittyviin viittauksiin. Huumeiden viihdekäyttö on suhteellisen uusi käsite suomalaisessa huumekeskustelussa ja se liittyy ns. tekno-kulttuurin leviämiseen. Aluksi kulttuuri levisi ravintoloihin, joissa tarjotaan alkoholia, yökerhoihin sekä diskoihin, jotka alkoivat soittaa tekno-musiikkia. Suomessa ei ole montakaan klubia tai baaria, jotka olisivat keskittyneet yhdenlaiseen musiikkiin. Näin ilmiö kasvoi osaksi muuta nuorisokulttuuria. Suomessa viihdekäyttöä on ehkäisty ensisijassa kontrollitoimin, joka on näkynyt julkisessa katuvalvonnassa ja nuorten suosimilla musiikkifestivaaleilla. Näin huumeita käytetäänkin yleensä yksityisissä tiloissa. Vasta viime aikoina on esiintynyt kiinnostusta ns. vuorovaikutteiseen huumetyöhön, joka ei pyri viihdekäytön kokonaiskieltoon vaan siitä johtuvien haittojen vähentämiseen		
Avainsanat huumausaine, huume, huume politiikka, huumetilanne, hoito, ehkäisy, valvonta, sukupuoli, huumeohjelma, viihdekäyttö.		
Muut tiedot (verkkojulkaisun osoite) http://www.stakes.fi/verkkojulk/		
ISSN	ISBN 951-33-1844-3	
Kokonaissivumäärä 164	Kieli Suomi	Hinta - - -
Jakaja ja myyjä Saatavissa vain verkkojulkaisuna		

ESIPUHE.....	3
KUVAILULEHTI	4
HUUMETILANTEEN JA HUUMETYÖN LÄHTÖKOHDAT	7
HUUMETILANNE	7
Huumeiden kokeilu ja käyttö.....	7
Huumeiden ongelmakäyttö	8
Huumeisiin liittyvät terveyshaitat	9
Huumeisiin liittyvät sosiaaliset haitat.....	11
Huumemarkkinat.....	12
HUUMEIDEN VASTAISET TOIMET	14
Huumausainelainsäädäntö	14
Huumausainepolitiikka	15
Huumeiden vastainen ehkäisevä työ	16
Huumehoito	17
Huumeisiin liittyvien terveyshaittojen vähentäminen.....	18
Huumeisiin liittyvien sosiaalisten haittojen vähentäminen.....	19
Huumausaineisiin liittyvä laillisuusvalvonta.....	20
Huumekustannukset	22
A. UUDET KEHITYSSUUNTAUKSET	24
1. Huumepolitiikka ja lainsäädäntö	24
1.1 Huumepolitiikka 2004 - 2007	26
1.1.1 Huumausainepolitiikan koordinointi vuosina 2004 - 2007	26
1.1.2 Kysynnän vähentäminen vuosina 2004 - 2007	27
1.1.2.1 Ehkäisevä huumetyö	27
1.1.2.2 Huumehoito	29
1.1.2.3 Huumeiden aiheuttamien terveyshaittojen vähentäminen	30
1.1.2.4 Huumeiden aiheuttamien sosiaalisten haittojen vähentäminen	30
1.1.2.4 Muita kysynnän vähentämisen toimintaohjelmia.....	32
1.1.3. Huumeiden tarjonnan rajoittaminen vuosina 2004 - 2007.....	34
1.1.4. Huumeisiin liittyvä kansainvälinen yhteistyö 2004 - 2007	36
1.1.5. Huumetutkimus ja -seuranta vuosina 2004 - 2007.....	38
1.2 Huumausainelainsäädäntö	39
1.2.1 Huumausainelaki	39
1.2.2 Kysynnän ehkäisyä koskeva lainsäädäntö	40
1.2.2.1 Ehkäisevä huumetyö	40
1.2.2.2. Huumehoito	41
1.2.2.3 Huumeisiin liittyvien terveyshaittojen vähentäminen.....	41
1.2.2.4 Huumeisiin liittyvien sosiaalisten haittojen vähentäminen.....	42
1.2.3 Huumetarjonnan rajoittamista koskeva lainsäädäntö.....	44
1.2.4 Kansainvälistä yhteistyötä koskeva lainsäädäntö	45
1.2.5. Huumetutkimusta koskeva lainsäädäntö	45
1.3. Huumeisiin liittyvät kustannukset	46
1.4. Mielipiteet huumeista	48
2. Huumeiden kokeilu ja käyttö.....	50
2.1. Huumeiden käyttö koko väestössä.....	50
2.2 Koululaisten huumeiden käyttö	54
2.3 Huumeiden käyttö väestön erityisryhmissä.....	55
3. Huumeiden vastainen ehkäisevä työ	56
3.1 Yleinen ehkäisevä huumetyö.....	56
3.2 Kohdennettu ehkäisevä huumetyö.....	61
4. Huumeiden ongelmakäyttö	63

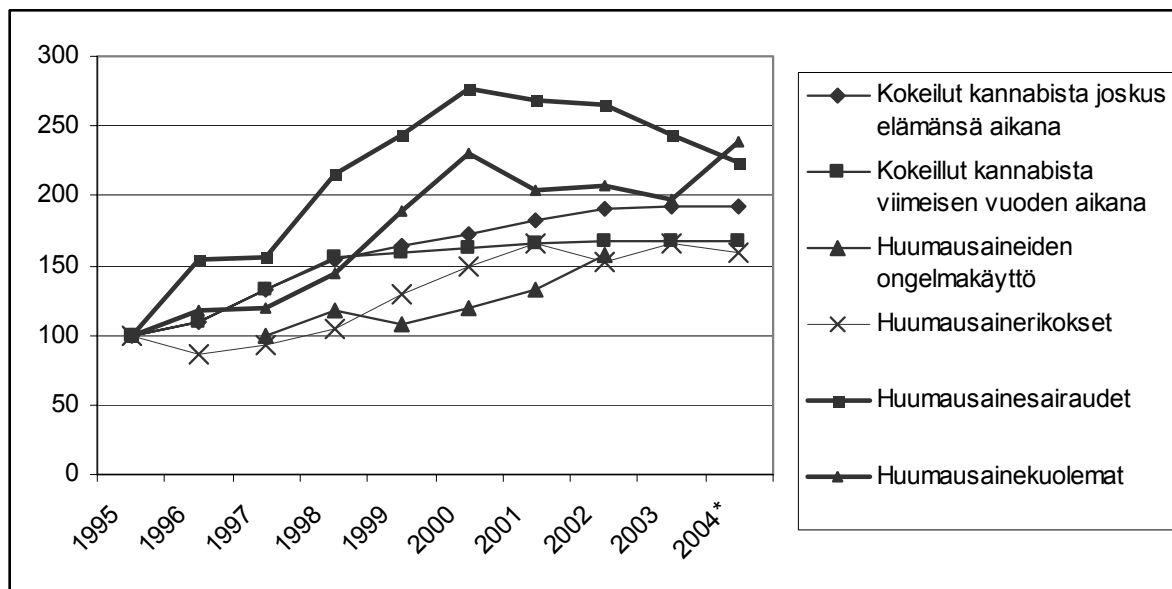
4.1 Ongelmakäyttäjien määrän arviot.....	64
4.2 Huumehoidon asiakaskunta.....	65
4.3 Huumeiden ongelmakäyttö ja -käyttäjät muiden tutkimusten mukaan	68
5. Huumehoito	71
5.1 Huumehoidon hoitojärjestelmät	72
5.2 Lääkkeetön huumehoito	79
5.3 Korvaus- ja ylläpitohoito.....	81
6. Huumeisiin liittyvät terveyshaitat.....	84
6.1. Huumekuolemat ja huumeiden käyttäjien kuolleisuus.....	85
6.2 Huumeisiin liittyvät tartuntataudit.....	85
6.3 Huumeisiin liittyvät oheissairaudet	88
6.4 Muut huumeisiin liittyvät terveyshaitat ja niiden seuraukset	88
7. Huumeisiin liittyvien terveyshaittojen vähentäminen.....	89
7.1 Huumekuolemien ehkäisy.....	89
7.2 Huumeisiin liittyvien tartuntatautien ehkäisy ja hoito.....	90
7.3 Huumeisiin liittyvän monihäiriöisyyden ehkäisy ja hoito.....	92
7.4 Muiden terveyshaittojen ehkäisy ja hoito	92
8. Huumeisiin liittyvät sosiaaliset haitat.....	93
8.1 Sosiaalinen syrjäytyminen	94
8.2 Huumeisiin liittyvä rikollisuus.....	94
8.3 Huumeiden käyttö vankiloissa	97
8.4 Huumeiden aiheuttamat yhteiskunnalliset kustannukset	97
9. Huumeisiin liittyvien sosiaalisten haittojen vähentäminen.....	98
9.1 Sosiaalinen kuntoutus.....	98
9.2 Huumerikollisuuden ehkäisy	99
10. Huumemarkkinat.....	103
10.1 Huumeiden saatavuus ja tarjonta.....	104
10.2 Huumausainetakavarikot	105
10.3 Huumausaineiden hinta ja laatu	106
11. Huumeisiin liittyvä laillisuusvalvonta	107
11.1 Huumevalvontajärjestelmä	107
11.2 Oikeusjärjestelmän toiminta.....	109
11.3 Valvontamenetelmät ja tekniset apuvälineet.....	110
11.4 Tiedustelu ja tietojärjestelmät	111
B. ERITYISTEEMAT	113
12 Huumeet ja sukupuolierot	113
12.1. Huumetilanne - erot sukupuolien välillä	113
12.2 Sukupuolten mukaan eriävät ja huumeiden käyttöä vähentävät interventiot	124
13 Huumausainestrategiat - käsittelevät myös laillisia huumeita?	127
13.1. Eri aineet huumestrategioissa.....	128
13.2. Huumausaine- ja alkoholiohjelmien historia.....	131
13.3. Hallinnonalojen yhteistyö ohjelmien valmistelussa ja koordinaatiossa.....	133
14. Huumeiden käyttö vapaa-ajanviihtelyn yhteydessä	135
14.1. Huumeiden viihdekäytön määrittely	136
14.2. Huumeiden viihdekäytön trendit.....	136
14.3. Viihdekäytön erilaiset käyttökulttuurit.....	139
14.4. Viihdekäytön vastaiset toimet	142
15. LÄHDELUETTELO.....	148
16. Lainsäädännön muutokset.....	160
17. Kuviot ja taulukot.....	161

HUUMETILANTEEN JA HUUMETYÖN LÄHTÖKOHDAT

HUUMETILANNE¹

Huumetilanteen kehitystä kuvaa seuraava aikasarja, jonka mukaan siirryttäessä 2000-luvulle huumausainekysynnän, -tarjonnan ja muiden haittojen koko 1990-luvun jatkunut kasvutrendi näyttäisi eri mittarien mukaan tasaantumisen merkkejä.

Kuvio 1. Huumeiden käytön ja huumehaittojen kehityssuuntaukset 1995–2004 (1995 = 100)



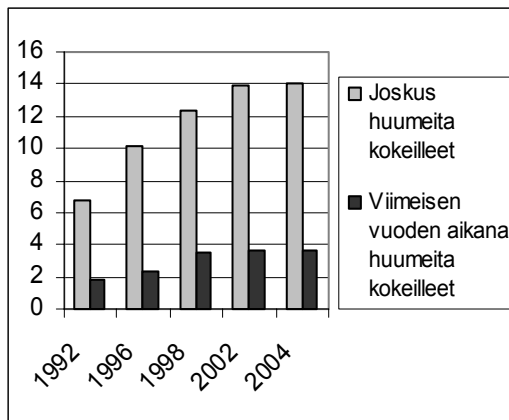
* = ennakkotiedot

Huumeiden kokeilu ja käyttö

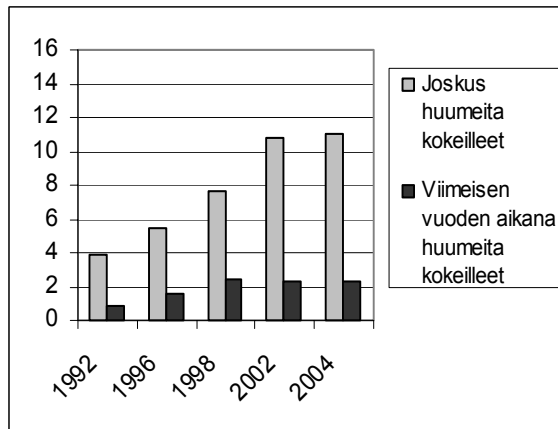
Tutkimusten mukaan 1990-luvun huumeekokeilujen nousutrendi lähti voimakkaammin liikkeelle miesten keskuudessa, kun taas naisilla kasvuvauhti kiihtyi vasta vuosikymmenen puolen välin jälkeen (kuviot 2a, 2b). Vuoden aikana huumeita kokeilleiden osuus kasvoi 1990-luvun loppuun asti, minkä jälkeen kasvukäyrässä on näkyvissä selvä tasoittuminen. Sama ilmiö tulee esiin nuorten kohdalla (kuviot 3a ja 3b)

¹ Vrt Virtanen 2005. Uusimmat tiedot ks. myös osa A, Luvun kuvioiden ja taulukkojen lähteet ks. luku 16, "kuvat ja taulukot".

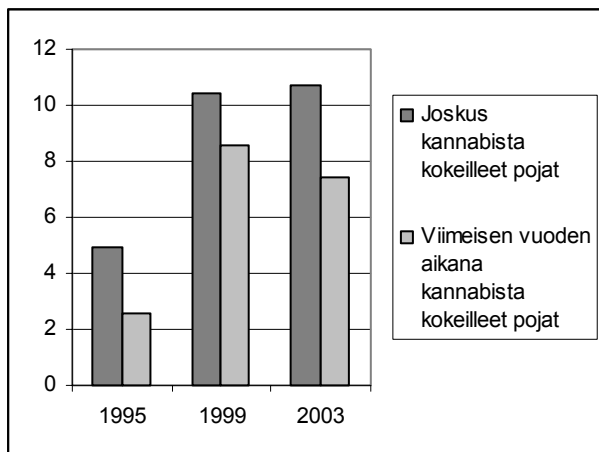
Kuvio 2a Joskus tai vuoden aikana huumetta kokeilleiden miesten (15-69 -v.) osuus (%)



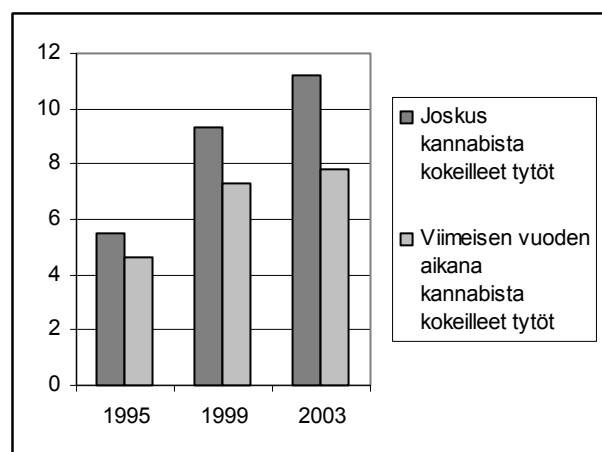
Kuvio 2b Joskus tai vuoden aikana huumetta kokeilleiden naisten (15-69 -v.) osuus (%)



Kuvio 3a Joskus tai viimeisen vuoden aikana kannabista kokeilleiden poikien (15-16 -v.) osuus (%)



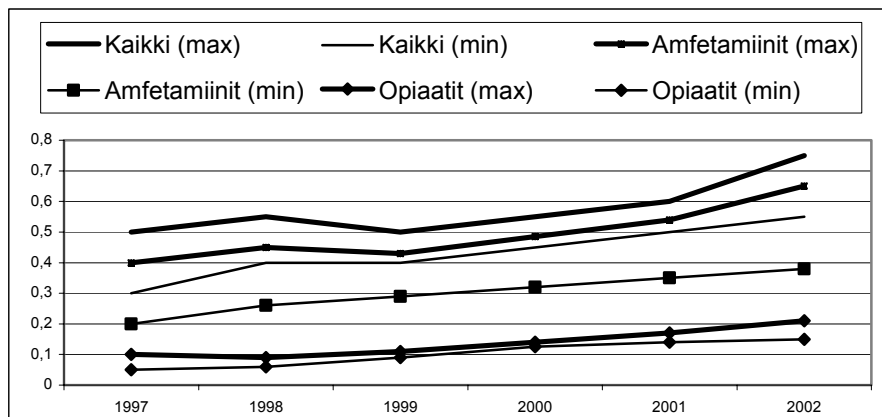
Kuvio 3b Joskus tai viimeisen vuoden aikana kannabista kokeilleiden tyttöjen (15-16 -v.) osuus (%)



Huumeiden ongelmakäyttö

Ongelmakäyttöön johtava haittojen kasaantuminen ilmenee hoitoon hakeutumista koskevien tietojen mukaan 3 - 5 -vuoden viiveellä ongelmapäihteen käytön aloituksesta. Kokeilukäytön voimakas lisääntyminen 1990-luvun lopussa näyttäsi heijastuvan edellä esitetyllä viiveellä ongelmakäyttöön käyttäjien määrän kasvuna 2000-luvun alussa (kuvio 4).

Kuvio 4. Ongelmakäyttäjien (amfetamiinien ja opiaattien) käyttäjien osuus 15–55-vuotiailla (%) 1997 - 2002



Päihdehuollon erityispalveluyksiköistä kerättyjen huumehoitotietojen perusteella voidaan arvioida ongelmakäyttäjien profiilin kehittymistä, missä merkittävimpanä muutoksena tulee esiin buprenorfiinin ongelmakäytön voimakas lisääntyminen. Buprenorfiini onkin ensisijaisena hoitoon hakeutumiseen johtavana ongelmapäihteenä syrjäyttänyt muutamassa vuodessa heroiinin lähes kokonaan ja on tällä hetkellä jo samalla tasolla stimulanttien ongelmakäytön kanssa (taulukko 1).

Taulukko 1. Huumausaineiden ja lääkeaineiden käytön vuoksi päihdehoitoon hakeutuneiden asiakkaiden päihteen käyttö (% -osuus asiakaskunnasta) vuosina 2000 - 2004

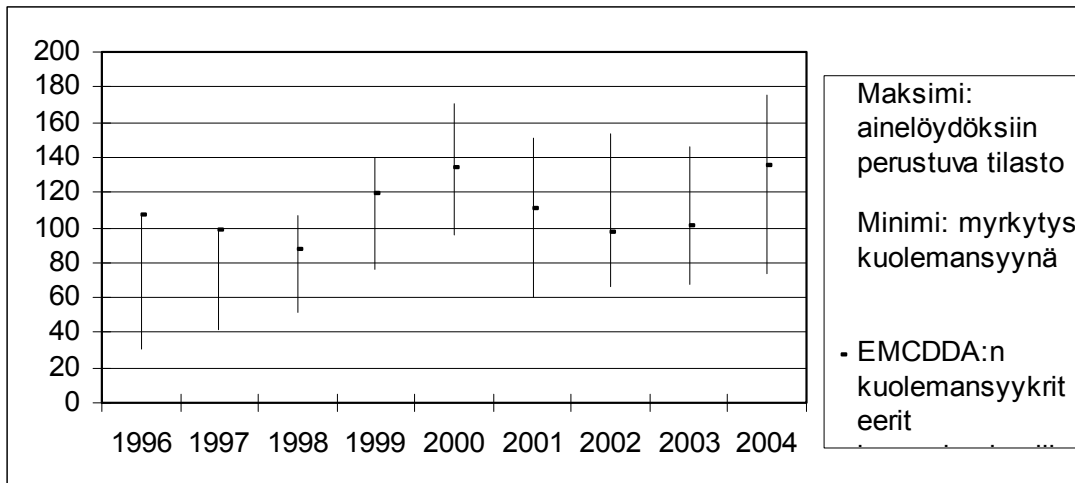
Päihderyhmä	1. Ongelmapäihteenä					1.-3. Ongelmapäihteenä				
	2000	2001	2002	2003	2004	2000	2001	2002	2003	2004
Opiaatit	29	28	28	31	34	38	40	39	43	46
- heroiini	20	13	6	3	3					8
- buprenorfiini	7	12	20	24	27					36
Stimulantit	28	26	28	28	26	56	55	58	57	55
Kannabis	17	20	18	16	15	59	62	60	58	56
Alkoholi (+ huume)	18	19	20	19	18	37	41	42	40	39
Rauhoittavat lääkkeet	5	6	5	6	6	27	30	32	36	38

Huumeisiin liittyvät terveyshaitat

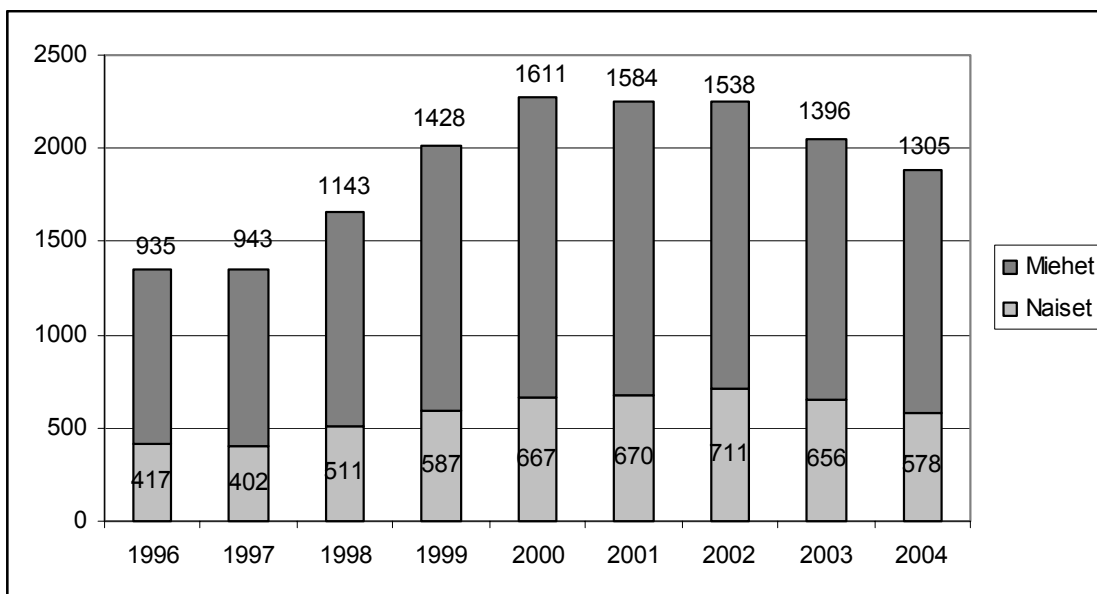
Huumausainekuolemat (kuvio 5) seuraavat tarkemmin huumeiden, varsinkin pistämällä käytettyjen huumeiden käytön trendejä, sillä keskeinen huumeisiin liittyvä kuolemansyy ovat myrkytyskuolemat, jotka voivat reagoida hyvin nopeasti esimerkiksi markkinoille tulleisiin uusiin aine-eriin tai nopeisiin muutoksiin käyttötavoissa (pistoskäyttäjien määrän lisääntyminen, heroiinin häviäminen markkinoilta).

Viiveellä tapahtuva ongelmakäytön lisääntyminen pitäisi tulla esiin myös sairaalatilastoissa, mutta sairaaloiden vuodeosastopotilaiden osalta potilasmäärät ovat laskussa (kuvio 6). Ilmiö voi heijastaa käytöstä aiheutuvien haittojen vähenemistä mutta todennäköisemmin palvelujärjestelmän muutosta, lisääntyviä päihdehuollon huumepalveluja sekä avohoidon palvelujen (korvaushoito, terveysneuvonta) lisääntymistä. Viime aikoina esiin ovat nousseet yhä laajemmin myös huumeiden ongelmakäyttöön liittyvät muut mielenterveysongelmat (kuvio 7).

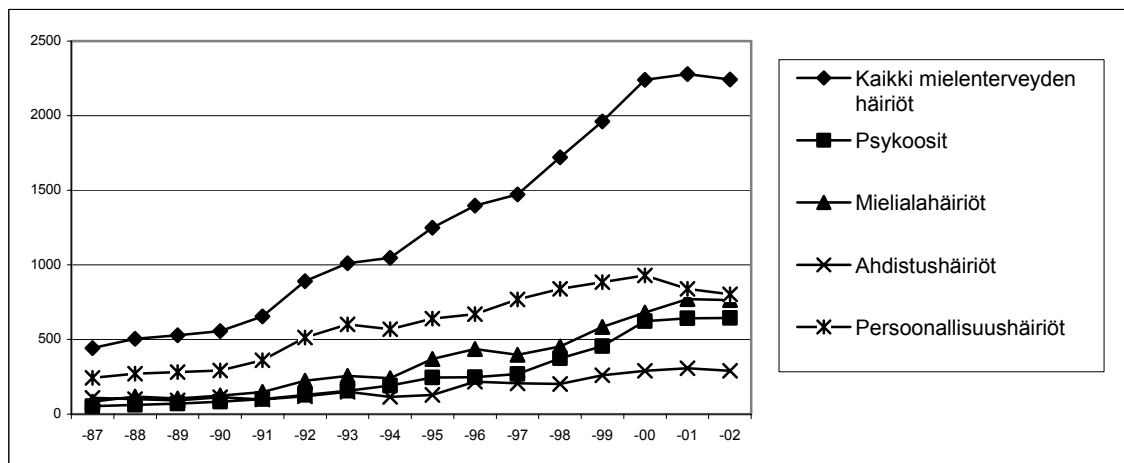
Kuvio 5. Huumausainekuolemat kuolemansyiden ja ainelöydösten perusteella 1995–2004



Kuvio 6. Huumausaine-ehtoiset sairaalahoitojaksot 1995–2004



Kuvio 7. Huumausainediagnoosien kanssa yhdessä esiintyvät mielenterveyden häiriöiden diagnosit sairaaloiden hoitoilmoitusten mukaan vuosina 1987 - 2002



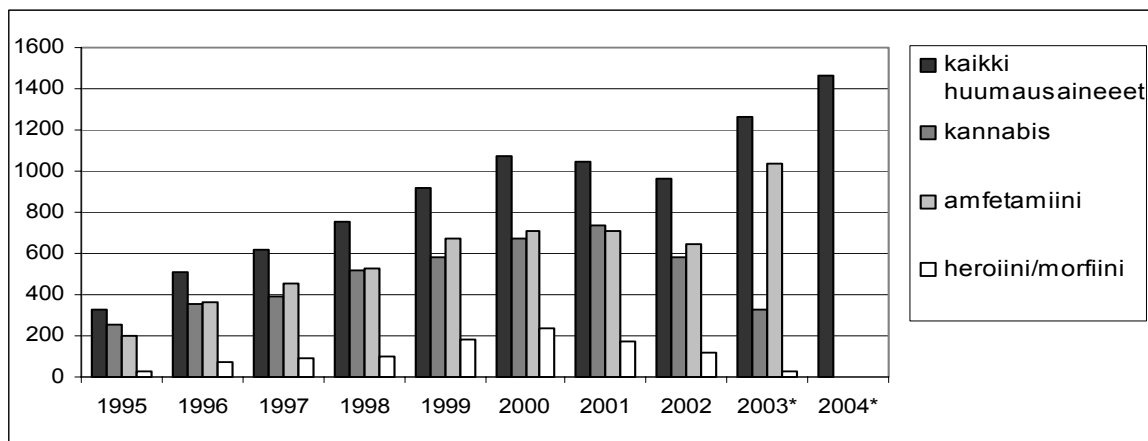
Huumeisiin liittyvät sosiaaliset haitat

Huumeiden ongelmakäyttäjät ovat kaikkien tilastojen mukaan selvästi huono-osaisia koulutuksen, työllisyyden ja asunnottomuuden osalta. Yksi sosiaalista syrjäytymistä kuvaava muuttuja on huumeisiin liittyvä rikollisuus joko suoraan huumarikosten (taulukko 2) tai välillisesti muiden rikosten (rattijuopumus) osalta. Suomessa huumausaineiden käyttö on rangaistava teko ja monet rikoksista liittyvät juuri tähän rikostyyppiin. Näin huumausainerikosten määrä kertoo epäsuorasti myös käytön laajuuden trendeistä. Siirtyminen tieliikenteessä nollatoleranssiin selittää puolestaan nopeaa tapauslukumäärän nousua vuonna 2003 (kuvio 8). Huumausaine-rikoksista vankilaan tuomittujen määrän kehitys kuvaa selvästi huumeisiin liittyvää syrjäytymiskehitystä (kuvio 9). Näin kaikkien vertailukelpoisten mittarien arvot ovat 1990-luvun lopun nopean kasvun jälkeen pysyneet koko 2000-luvun ajan melko tasaisella tasolla. Sen sijaan syvenevää ongelmakäyttöä ja syrjäytymiskehitystä kuvaa se, että sairaudenomaista huumausaineiden käyttöä esiintyy arviolta 43 %:lla vangeista.

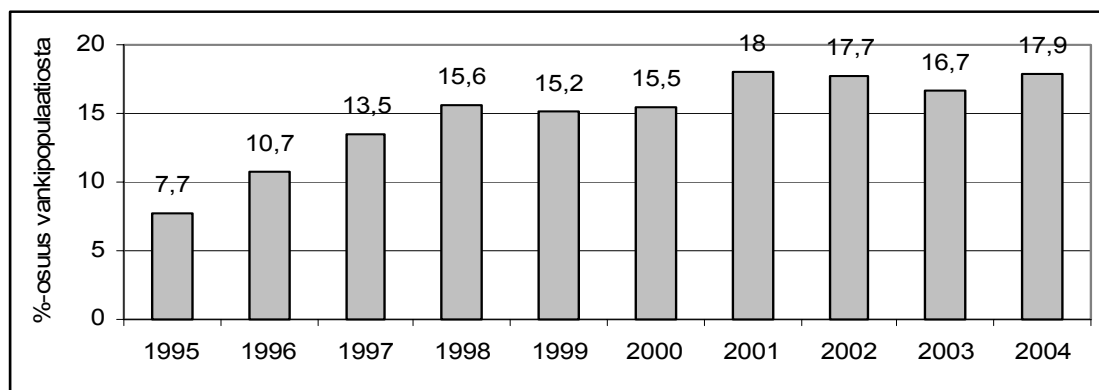
Taulukko 2. Poliisin ja tullin tietoon tulleet huumausainerikosilmoitukset vuosina 1995 - 2004

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Huumausainerikokset yhteensä	9052	7868	8323	9461	11647	13445	14869	13857	15058	14 486
Huumausainerikos	8654	7132	7781	8910	10701	12687	12092	5821	5202	4 672
Huumausaineiden käyttörikos							1899	7240	9084	9217
Törkeä huumausainerikos	390	728	529	539	958	741	859	760	742	582
Huumausainerikoksen valmistelu ja edistäminen	8	8	13	12	15	17	19	36	30	15

Kuvio 8. Huumausainelöydökset tieliikenteessä rattijuopumuksesta epäillyiltä 1995–2004



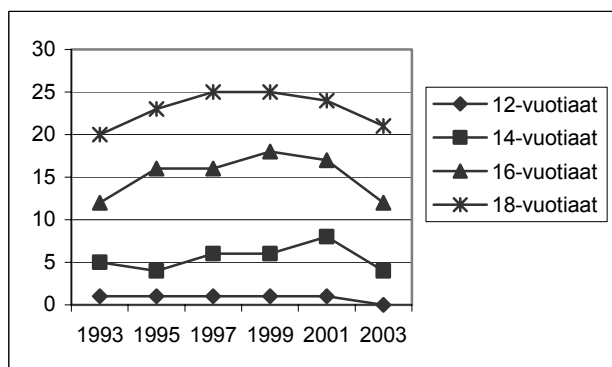
Kuvio 9. Huumausainerikos päärikoksena istuvien vankien osuus vangeista 1995-2004



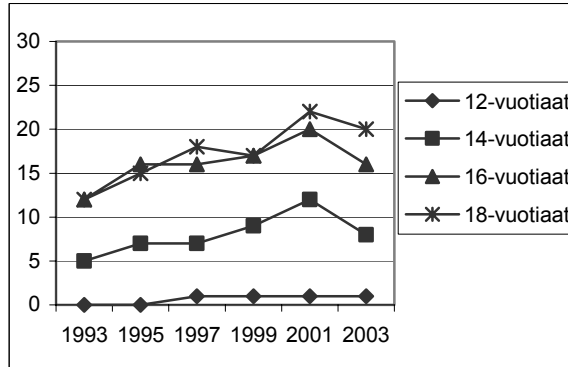
Huumemarkkinat

Yksi syy huumekekeiluihin, käyttöön ja ongelmakäyttöön on huumemarkkinoiden tila, jota kuvaavat henkilökohtaisesti kohdattu huume tarjonta (kuviot 10a-b; 11a-b) ja huume takavarikot (taulukot 3 ja 4). Myös näiden mittarien osalta oli nähtävissä lisääntymistrendin jälkeen tasaantumiskehitystä 2000-luvulla.

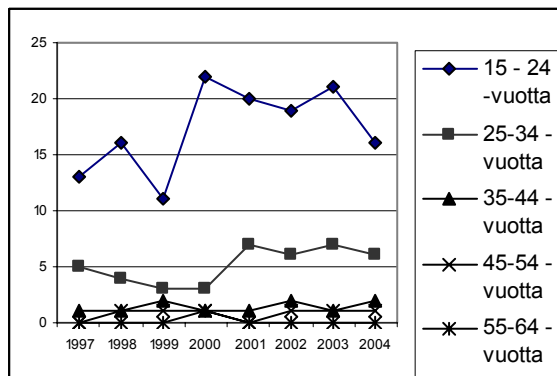
Kuvio 10a Huumeiden tarjonta (%) pojille vuoden aikana



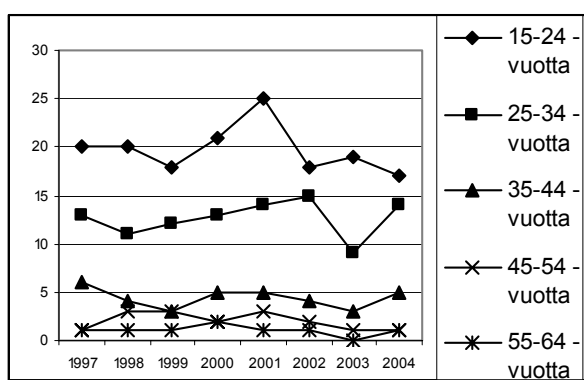
Kuvio 10b Huumeiden tarjonta (%) tytöille vuoden aikana



Kuvio 11a Huumeiden tarjonta (%) miehille vuoden aikana



Kuvio 11b. Huumeiden tarjonta (%) naisille vuoden aikana



Taulukko 3. Poliisin ja tullin vuosina 1995 - 2004 takavarikoiduiksi kirjaamat huumausainekerät (kg)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Hasis	147,51	99,44	197,66	160,97	492,32	196,54	589,6	482,3	423	467
Marihuana	4,27	3,51	12,15	8,01	18,17	13,82	16,1	32	45	26
Amfetamiinit	20,12	22,14	22,2	24,78	71,26	79,56	137,3	129,2	114,6	102
Kokaiini	0,07	0,07	0,12	1,99	1,7	38,58	6,5	0,4	1,1	1,1
Khat*	68,11	264,5	249,01	103,94	374,1	348,41	664,5	1039,4	1879	2118
Heroini	16,12	6,45	2,4	1,97	2,88	6,03	7,5	3,1	1,6	0,2
Subutex (pillereitä)	-	-	223	1175	2898	12951	38200	18 700	37284	32 970
Ekstaasi (pillereitä)	3750	1011	3062	3320	17665	87393	81228	45 065	35216	3 243
LSD (pillereitä)	500	41	323	301	50	2355	1026	4679	1460	196

* = Khat poikkeaa muista huumeista siinä, ettei sen käyttöä ole kriminalisoitu kaikkialla EU:ssa.

Taulukko 4. Poliisin ja tullin kirjaamien huumausainetakavarikkojen lukumäärät vuosina 1995-2004

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Hasis	1235	1312	1686	1997	2259	2482	4011	3012	2796	2626
Marihuana	-	-	385	382	463	663	1223	1275	1712	2067
Amfetamiinit	696	972	1352	1641	1956	2369	3778	3399	3687	3392
Kokaiini	-	15	16	24	49	40	55	45	49	65
Heroini	82	145	153	210	342	437	558	145	90	45
Subutex	-	-	-	-	-	-	727	741	1008	844
Ekstaasi	-	52	74	57	159	393	465	329	316	328
LSD	-	14	14	-	15	34	14	10	20	21

HUUMEIDEN VASTAISET TOIMET²

Huumausaineiden vastainen toiminta perustuu suurelta osin pitkän aikavälin toimenpidevalintoihin sekä näitä valintoja ohjaaviin rakenteisiin. Keskeiset huumetyön rakenteet määräytyvät huumausainelainsäädännössä ja huumausainepolitiikkaa ohjaavissa strategioissa sekä toimintaohjelmissa. Huumeiden vastaisten toimien (ehkäisevä työ, hoito, haittojen vähentäminen, huumevalvonta) painopisteet konkretisoituvat edellä mainittuihin rakenteisiin liittyvien tehtävien toimeenpanossa. Monet kansallisista kannanotoista ja toimista voidaan liittää huumausainepolitiikkaa kansainvälisellä tasolla ohjaaviin järjestelmiin ja sopimuksiin. Merkittävän reunaehdon toiminnalle antavat myös toimenpidekokonaisuuteen liittyvät resurssit.

Huumausainelainsäädäntö³

Huumausainelaissa (1289/1993) säädetään kansainvälisiin sopimuksiin perustuvista huumausainevalvonnan pääperiaatteista. Huumausainelakiin liittyvässä huumausaineasetuksessa (1603/1993) säädetään yksityiskohtaisemmin huumausaineiden laillisesta viennistä sekä tuonnista. Sosiaali- ja terveysministeriön päätöksellä (1709/1993) määrätään huumausaineista ja huumausaineiden valmistuksessa käytettävistä aineista. Myöhemmin lainsäädäntöä on tarkistettu siten, että se vastaa EU:ssa voimassa olevia huumausaineiden lähtöaineiden valvontasäännöksiä sekä YK:n huumausainelistoissa tehtyjä muutoksia. Huumausainerikoksista määrätään rikoslaissa (1303/1993), jonka mukaan huumausainerikokset jaetaan huumausainerikokseen, sen valmisteluun tai sen edistämiseen (maksimirangaistus 2 vuotta vankeutta) sekä törkeään huumausainerikokseen (vankeustuomiot 1 - 10 vuotta). Vuonna 2001 tehtiin rikoslain muutos (654/2001), jonka mukaan määriteltiin huumausaineen käyttörikos (maksimirangaistus ½ vuotta vankeutta).

Perusopetuslain muutoksella perusopetukseen on tullut mukaan uusi oppiaine "terveystieto" (453/2001) ja sen muutoksella (477/2003) säädettiin opetussuunnitelmista ja oppilashuollosta. Paikalliseen opetussuunnitelmaan tulee kirjata toimenpiteet esimerkiksi kriisien, koulukiusaamisen ja päihteiden käytön ennaltaehkäisemiseksi ja hoitamiseksi.

² Vrt. Virtanen 2005. Uusimpien tietojen osalta ks. myös luku A.

³ Vrt. myös Virtanen 2005, osa A luku 1.2. Uusimpien tietojen osalta ks. osa A luku 1.2

Terveitä elämäntapoja päämääränä pidetään raittiustyölaissa (828/1982), päihteiden ongelmakäytön vähentäminen ja tarpeen mukaisten hoitopalvelujen järjestäminen kunnissa on keskeistä päihdehuoltolaissa (41/1986). Opioidiriippuvaisten korvaus- ja ylläpitoehdoista määrätään asetuksella 289/2002. Tartuntatautiasetuksen muutoksella (1383/2003) edellytetään, että terveyskeskuksen tulee huolehtia suonensisäisesti huumeita käyttävien terveysneuvonnasta ja käyttövälineiden vaihtamisesta. Päihdeongelmien hoitoa sivuavat myös lastensuojelulaki, sosiaalihuoltolaki, kansanterveyslaki, mielenterveyslaki sekä laki potilaan asemasta ja oikeuksista.

Lisäksi huumausaineista säädetään mm. rikoslain kokonaisuudistuksessa koskien rahanpesua (68-79/1998) ja rattijuopumusta (1198/2002), rangaistuksen täytäntöönpanoa koskevan lain muutoksessa (656/2001), jossa käsitellään vankeinhoidon henkilöstön toimivaltaa huumausainevalvonnassa, pakkokeinolain muutoksessa (646/2003), jossa esitetään ehdot telekuuntelulle, televalvonnalle ja tekniselle tarkkailulle sekä poliisilain muutoksessa (21/2001), jossa säädetään peitetoiminnasta ja valeostoista.

Huumausainepolitiikka⁴

Valtioneuvosto teki 5.10.2000 periaatepäätöksen huumausainepolitiikan tehostamisesta Suomen vuoden 1997 ensimmäisen kansallisen huumausainestrategian pohjalta. Päätöksessä esitetyillä toimenpiteillä pyrittiin vähentämään sekä huumausaineiden kysyntää että tarjontaa. Pyrkimyksenä oli pysäyttää huumausaineiden käytön ja huumausainerikollisuuden kasvu. Kansallisen huumausainepoliittisen ohjelman koordinoitua, toimeenpanoa ja seuranta varten valtioneuvosto asetti huumausainepoliittisen koordinaatioryhmän, joka koostui keskeisten ministeriöiden sekä näiden alaisten virastojen edustajista. Koordinaatioryhmä valmisti toimiaikanaan toimenpideohjelman huumausainepolitiikan tehostamiseksi vuosiksi 2001 - 2003. Pääministeri Matti Vanhasen hallituksen ohjelman (2003) mukaan koordinaatioryhmä valmisti huumausainepoliittisen toimenpideohjelman vuosille 2004 - 2007 (2004), jonka valtioneuvosto hyväksyi periaatepäätöksellä vuoden 2004 alussa (ks. luku 1.1). Lisäksi hallitusohjelman osana on laadittu kansalaisten turvallisuuden lisäämiseksi kattava, sektorirajat ylittävä sisäistä turvallisuutta käsittelevä ohjelma

⁴ Vrt. myös Virtanen 2005, osa A luku 1.1. Uusimpien tietojen osalta ks. osa A luku 1.1

Vuoden 1997 huumestrategiaan liittyen vuonna 2000 valmistui nuorten huumeiden käytön ehkäisytoimikunnan mietintö ja vuonna 2001 huumehoitotyöryhmän mietintö. Lisäksi poliisi on tuottanut huumausaineiden vastaisen strategiansa (2002) vuosiksi 2003 - 2006 ja vankeinhoitolaitos (2002) päihdestrategiansa (osat I - III), jota on myöhemmin täydennetty uudella strategialla 2005 - 2006. Molemmissa esiin on noussut valvonnan lisäksi myös kysynnän vähentämisen toimet. Tulli on tuottanut huumausainestrategian vuosille 2002 - 2005 ja lisäksi on tuotettu poliisin, tullin ja rajavartiolaitoksen yhteinen PTR-huumausainestrategia. Terveys 2015 - kansanterveysohjelmassa (2001) yhdeksi tavoitteeksi on asetettu alkoholin ja huumeiden käyttöön liittyvien terveysongelmien asiantunteva hoito, ja köyhyyden sekä sosiaalisen syrjäytymisen kansallinen toimintasuunnitelma 2003 - 2005 (2003) edellyttää, että ennalta ehkäisevää huumetyötä vahvistetaan ja huumeiden käyttäjille järjestetään riittävä hoito sekä laajennetaan haittoja vähentäviä toimenpiteitä.

Huumeiden vastainen ehkäisevä työ⁵

Valtioneuvoston hyväksymässä sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmassa 2000 - 2003 yhtenä suosituksena oli kuntien päihdeyhdyshenkilöverkoston perustaminen. Tarkoituksena on, että yhdyshenkilö vastaa kunnan ehkäisevän päihdetyön koordinaatiosta yhteistyössä erityisesti kunnan terveys-, sosiaali- ja koulutoimen sekä järjestöjen kanssa. Yhdyshenkilön tehtävänä on myös kunnallisen tai alueellisen päihdestrategian koordinointi.

Koulujen opetussuunnitelmauudistus tukee terveys- ja laillisuuskasvatuksen laadun kehittämistä sekä yhteistyömallien luomista kodin ja koulun sekä muiden keskeisten toimijoiden välille. Opetussuunnitelmassa terveystieto on erotettu omaksi oppiaineeksi sekä lukiossa että ammatillisissa oppilaitoksissa. Päihteiden ehkäisyyn liittyvät kysymykset ovat keskeisiä terveystiedossa opetettavia sisältöalueita. Myös koulujen opetussuunnitelmassa ja oppilashuollossa tulee käsitellä huumeiden vastasta työtä. Monissa kouluissa on lisäksi toteutettu päihdetoimintaohjelmia yhteistyössä järjestöjen, muiden viranomaisten ja oppilaiden vanhempien kesken.

Nuorten varhaisen puuttumisen toimintamallina ja mahdollisen syrjäytymiskehityksen katkaisemiseksi niille, jotka ovat vaarassa jäädä ilman jatkokoulutusta, on kehitetty nuorten työpajatoimintaa. Pyrkimyksenä on tukea nuorten ammatillisia valmiuksia rakentamalla siltaa koulutuksen ja työelämän välille. Sosiaalisten taitojen opettelu ja itsenäistymisen hahmottaminen

⁵ Vrt. myös Virtanen 2005, osa A luku 3. Uusimpien tietojen osalta ks. osa A luku 3.

ovat pajojen tavoitteita ja niitä pidetään myös nuorisotyön ja muun yhteiskuntatyön osana, esimerkiksi ammattikoulutuksen keskeyttäneille.

Työelämässä huumausainetestit on nostettu esiin yhtenä huumeista aiheutuvien ongelmien ennalta ehkäisyä ja ongelmaisten varhaista hoitoonohjausta. Verkostopohjaisia asiantuntijafoorumeja on kehitetty asiantuntijoiden tietojen vaihtoon ja koulutukseen. Lisäksi huumetyön osaksi on luotu huumetietopalveluja, keskustelufoorumeja sekä oman päihdetilanteen anonyymejä testauspalveluja. Vuosina 2001 - 2003 toteutettiin ensimmäinen valtakunnallinen huumetiedotuksen kampanja. Kampanjaan liittyi myös laaja seurantatutkimus.

Huumehoito⁶

Päihdehuoltolain mukaan kunnan on huolehdittava päihdehuollon järjestämisestä siten, että palvelut vastaavat sisällöltään ja laajuudeltaan kunnassa esiintyvää tarvetta. Päihteenä pidetään kaikkia päihtymistarkoituksessa käytettäviä aineita: alkoholia, korvikkeita, lääkkeitä ja huumeita. Sosiaali- ja terveydenhuollon on kehitettävä myös yleisiä palveluja niin, että ne kykenevät vastaamaan päihdehuollon tarpeisiin, ja annettava tarvittaessa erityisesti päihdehuoltoon tarkoitettuja palveluja. Päihdehuollon erityispalvelujärjestelmä koostuu avohoidollisista vastaanotoista (A-klinikat, nuorisoasemat), lyhytaikaisesta laitoshoidosta (katkaisuhuitoasemat), kuntoutusyksiköistä ja tukipalveluista (päiväkeskukset ja tukiasunnot) sekä vertaistukitoiminnasta. Kehittämistyötä varten on luotu päihdehuollon palvelujen laatusuosituksset. Päihdehuollon erityispalvelujen ohella entistä enemmän päihdeongelmaisia hoidetaan sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluissa, joita ovat sosiaalitoimistot ja lastensuojelu, mielenterveystoimistot, terveyskeskusten vastaanotot ja vuodeosastot, sairaalat ja psykiatriset sairaalat.

Huumehoitopalvelujen kehittämislinjassa on painottunut matalan kynnyksen palvelujen kehittäminen ja tähän liittyvä koulutus. Tarkoituksena on saada mahdollisimman aikaisessa vaiheessa huumeongelmaiset hoitojärjestelmän piiriin. Suomalaisessa järjestelmässä korostetaan edelleen, että pelkät hoitotoimet eivät ole useinkaan riittäviä, vaan päihdeongelmaista tulee tarvittaessa auttaa ratkaisemaan myös toimeentuloon, asumiseen ja työhön liittyviä ongelmia. Varsinaisessa huumehoidossa on käytetty sekä perinteisiä lääkkeettömiä hoitoja että suomalaiseen järjestelmään uusia, korvaus- ja ylläpitohoitoja. Erityisesti jälkimmäisten hoitokäytäntöjen

⁶ Vrt. myös Virtanen 2005, osa A luku 5. Uusimpien tietojen osalta ks. osa A luku 5.

kehittämisen on selkeästi panostettu uuden asiasta annetun lainsäädännön myötä. Myös erityisryhmille (venäläiset, romaanit jne.) on pyritty järjestämään kohdennettuja päihdepalveluja. Erityisesti ulkomaalaisille suunnattujen palvelujen toimivuutta on auttanut maahanmuuttajien lisääntynyt kielitaito. Vuosien 2002 - 2003 valtioneuvosto toteutti 15 miljoonan euron suuruisen panostuksen huumehoitojärjestelmän alueelliseksi kehittämiseksi asiaa tarkastelleen työryhmän ehdotusten pohjalta. Lisäksi huumehoidon koulutukseen on varattu huomattavasti voimavaroja ja aiheesta on ilmestynyt sekä sähköisiä että manuaalisia koulutuspaketteja koko väestölle (A-klinikkasäätiön päihdelinkki), hoitopalvelujen tuottajille (A-klinikkasäätiön Huukoprojekti) sekä lääkäreille (Päihdelääketiede).

Huumeisiin liittyvien terveyshaittojen vähentäminen⁷

Huumeista aiheutuvien terveyshaittojen ehkäisyssä keskeinen toimintakeino on etsivä päihdetyö, jossa työ ulotetaan arkiseen toimintaympäristöön, ja ongelmakäyttöön sekä siihen liittyviin haittoihin pyritään tarttumaan siellä missä ne ilmenevät. Suomessa toiminnan kohde on perinteisesti ollut suppea, lähinnä nuoret suurkaupungeissa perjantai-iltana.

Huumeiden käyttäjien keskuudessa vuonna 1998 alkanut HIV-epidemia nosti julkisuuteen huumeiden pistoskäytön välityksellä leviävien tartuntatautien ehkäisyn tärkeyden. Vuonna 1997 koeluontoisena Helsingissä alkaneesta huumeiden käyttäjien terveysneuvontapisteiden toimintamallista saatiin hyvä pohja toiminnan laajentamiselle myös muualla Suomessa. Terveysneuvontapisteissä huumeiden käyttäjät voivat vaihtaa käytetyt ruiskut ja neulat puhtaisiin. Keskeinen osa toimintaa on myös terveysneuvonta huumeiden käyttöön liittyvistä tartuntataudeista ja muista vakavista käyttöön liittyvistä riskeistä, kuten yliannostuksista sekä seksiteitse leviävistä tartuntataudeista. Terveysneuvontapisteiden toiminta on niiden palveluja käyttäville maksutonta ja asiointi tapahtuu nimettömänä. Apteekit toimivat tärkeinä ja täydentävinä pistosvälineiden hankintapisteinä alueilla, missä ei ole terveysneuvontapisteitä. Vuodesta 2004 lähtien myös terveyskeskukset ovat saaneet vastuulleen tartuntatautien vastaisen työn ja samassa yhteydessä terveysneuvonnan ja pistosvälineiden vaihtovelvoitteen. Myös ilmainen A- ja B-hepatiittirokotus kuuluu nykyään yleisessä rokotusohjelmassa, huumeita pistämällä käyttäville.

⁷ Vrt. myös Virtanen 2005, osa A luku 7. Uusimpien tietojen osalta ks. osa A luku 7.

Huumeiden käyttöön liittyvät psykiatriset oheissairaudet ovat lisääntyneet 1990-luvun alusta nelinkertaisesti. Huume- ja mielenterveysongelmien hoitoa toteutetaan käytännössä päihdehuollossa. Kuitenkaan päihdehuollon palvelut eivät yksin riitä kaikkein vaikeimpien päihteidenkäyttäjien mielenterveysongelmien, ns. kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitoon. He ovat monesti päihdeongelman vuoksi myös mielenterveyspalvelujen ulkopuolella. Pohdinnan kohteena onkin, pitäisikö huumausaineriippuvuuden ja muiden psykiatristen häiriöiden myötä hoitoa tarvitsevien hoitoon keskittää erityisosaamista omiin yksiköihinsä. Muita huumeiden aiheuttamia terveyshaittoja (kuolemia, tapaturmia) on pyritty ehkäisemään esimerkiksi liikenneturvallisuuskampanjoiden yhteydessä.

Huumeisiin liittyvien sosiaalisten haittojen vähentäminen⁸

Hoidon jälkeisissä sopeuttamistoimissa on korostettu moniammatillista yhteistyötä viranomaisten kesken. Tähän liittyvät niin sosiaalisen kuntoutuksen, työllistämisen kuin tuetun asumisen kokonaisuudet. Varsinkin nuorten ongelmakäyttäjien hoidossa mukana ovat myös kouluviranomaiset. Koulutuksen suunnittelu ja ammatinvalinnanohjaus kuuluvat nuorten osalta automaattisesti itse hoitoprosessiin. Kuitenkin koulutusjärjestelmässä on vähän normaaliin työuraan ohjaavaa koulutusta, joka olisi sopeutettu erityisesti ongelmakäyttäjille. Lisäksi vastaanottavista työpaikoista on puute, eikä niiden hyöty ole suuri, jos työllistymiskynnys on liian korkea. Työllistämistoimista yhtenä esimerkkinä ovat nuorten työpajat. Suomessa kuntien yleisten sosiaalipalvelujen osana on mahdollisuus järjestää taloudellisesti tuettua asumista päihdeongelmaisille. Osana suomalaista päihdehuollon palvelujärjestelmää ovat päihdehuollon asumispalveluyksiköt. Ne on tarkoitettu päihdeongelmaisille, jotka tarvitsevat päivittäistä tukea omatoimiseen asumiseen.

Poliisin huumausaineiden vastaisessa strategiassa 2003 - 2006 (2002) korostetaan, että poliisin valvonta- ja tutkintatoiminnan yhteydessä tapaamalle huumausaineiden käyttäjälle tulisi olla mahdollisuus saada hoitoonohjausta ja että asianmukainen hoito tulee olla huumausaineiden ongelmakäyttäjän rangaistusseuraamuksen todellinen vaihtoehto. Lain (654/2001) mukaan huumausaineiden käyttörikoksen yhteydessä alaikäisten rankaisemiseen liittyy aina puhuttelu vaihtoehtoisesti annettavan sakkorangaistuksen sijaan.

⁸ Vrt. myös Virtanen 2005, osa A luku 9. Uusimpien tietojen osalta ks. osa A luku 9.

Vankiloiden terveydenhuolto on järjestettävä (878/1995) siten, että vangilla on muun väestön kanssa yhdenvertainen mahdollisuus terveytensä edistämiseen, sairauksien ehkäisyyn ja riittäviin terveydenhuollon palveluihin. Vankeinhoitolossa on kehitetty monipuolisesti erilaisia päihdetyön ohjelmia vankilassa oleville ja sieltä vapautuville huumeiden käyttäjille yhteistyössä alan keskeisten järjestöjen kanssa. Nykyään päihdeettömyyttä tukevia päihdekuntoutusohjelmia ja sopimusosastoja on lähes kaikissa laitoksissa. Päihdekuntoutusohjelmia järjestetään myös avolaitoksissa. Jos vangille on aloitettu opiaattilääkehoito (metadoni tai buprenorfiini) ennen vankilaan tuloa, hoitoa voidaan jatkaa myös vankilassa yhteistyössä hoidon aloittaneen yksikön kanssa. Vankiloiden päihdeohjelmiin liittyy mahdollisuus rakentaa yksilöllinen kuntoutusjatkumo aina vankilassa tapahtuvasta kuntoutustarpeen arvioinnista vangin vapauteen integrointiin.

Lisäksi on tehty esitykset nuorisorangaistuksen käyttämisestä nuorten hoitoonohjauksen välineenä (vaihtoehtoisina seuraamuksina mielenterveys- tai päihdehoito, tai työelämään valmentava toiminta). Aikuisten osalta tarkoituksena on liittää päihdehoito laajemmin vankeudelle vaihtoehtoisena seuraamuksena tuomittuun yhdyskuntapalveluun mutta ei varsinaisesti esittä hoitoa rangaistukselle vaihtoehtoisena seuraamuksena.

Huumausaineisiin liittyvä laillisuusvalvonta⁹

Huumeisiin liittyvän valvonnan keskeiset toimijat ovat poliisi, tullilaitos ja lääkelaitos. Poliisin toiminta-alueessa painottuu kaksi osa-aluetta. Paikallisella tasolla keskitytään ensikertalaisten ja erityisesti nuorten rikoksentekijöiden rikolliseksi rekrytoitumisen estämiseen, valtakunnallisella tasolla laajemman ja vakavan rikollisuuden sekä ammattimaisesti toimivien rikoksentekijöiden ja heidän toimintaedellytystensä vähentämiseen. Erityisesti jälkimmäiseen on panostettu viime vuosina. Tullilaitoksen tehtävänä on huumausaineiden laittoman maahantuonnin estäminen ja huumausaineiden laillisen maahantuonnin valvominen. Lääkelaitoksen valvontavälineitä ovat aineiden laillisen valmistuksen, kaupan, maahantuonnin ja -viennin lupavalvonta. Myös Terveydenhuollon oikeusturvakeskus valvoo lääkkeinä käytettävien huumausaineiden määräämiskäytäntöjä.

Vuodesta 1999 alkaen toteutettu kansallinen rikostorjuntaohjelma on luonut valtaosaan Suomen kunnista paikallisia yhteistyöverkostoja ja turvallisuussuunnitelmia. Ohjelma on tiivistänyt poliisin

⁹ Vrt. myös Virtanen 2005, osa A luku 11. Uusimpien tietojen osalta ks. osa A luku 11.

ja kunnan viranomaisten sekä elinkeinoelämän, kirkon ja muiden tahojen yhteistyötä rikosten ehkäisemiseksi. Kunnissa yhtenä turvattomuutta aiheuttavana tekijänä on tuotu esiin nuorten aiheuttamat häiriöt sekä päihdeiden käyttö. Yhdeksi ratkaisumalliksi on ehdotettu rikosentorjuntaohjelman yhdistämistä muihin kuntien (päihde)ohjelmiin.

Järjestäytyneen ja ammattimaisen huumarikollisuuden vastaisen toiminnan keskeinen osa ovat ne lainsäädännön kehittämistoimet, joilla valvontavaltuuksia ja -keinoja pyritään lisäämään. Poliisi sai vuoden 2001 alussa uusia, entistä laajempia toimivaltuuksia, joiden perusteella poliisi voi ryhtyä valeostojen tekemiseen sekä ns. peitetoimintaan. Telekuuntelun ja -valvonnan valtuudet lisääntyvät vuoden 2004 alusta. Tullilaitos on saanut osan vastaavista toimivaltuuksista tullilakiin ja myös vankilaviranomaisten toimivaltuuksia huumausainevalvonnassa on lisätty. Yhteistyötä elinkeinoelämän kanssa on pyritty kehittämään sekä rahanpesun (pankki- ja rahoituslaitokset) että lähtöainevalvonnan (kemian yritykset yms.) osalta. Rahanpesuun liittyen pankit ja rahoituslaitokset joutuvat raportoimaan epätavallisista rahoitusliikkeistä.

Kansainvälinen yhteistyö

Huumausainevalvonnan perustan muodostavat YK:n huumausaineyleissopimukset. Suomi on ratifioinut vuodelta 1988 olevan huumausaineiden ja psykotrooppisten aineiden laitonta kauppaa koskevan yleissopimuksen (SopS 44/1994), vuodelta 1971 olevan Psykotrooppisia aineita koskevan yleissopimuksen (SopS 60/1976) sekä vuoden 1961 huumausaineyleissopimuksen (SopS 43/1965) ja siihen liittyvän vuonna 1972 tehdyn yleissopimuksen muutospöytäkirjan (SopS 42/1975). Suomi on myös allekirjoittanut YK:n vuoden 1988 Wienin yleissopimus korostaa tasapainoisesti kysynnän ja tarjonnan ehkäisyn keinoja kansainvälisen laittoman huumausainekaupan torjumiseksi.

Suomi pyrkii olemaan aktiivinen kaikilla kansainvälisillä huumeasioita käsittelevillä foorumeilla. Yhteistyötä toteutetaan seuraavien järjestöjen toiminnassa.

YK:ssa huumausainetoimikunta (CND) päättää globaalilla tasolla kansainvälisistä huumausaineasioista ja huumausainevalvontalautakunta (INCB) kansainvälisten yleissopimusten noudattamisesta. Muita kansainvälisiä huumausaineita käsitteleviä organisaatioita ovat Interpol, kansainvälinen tullijärjestö (WCO) ja huumausaineiden lähtöainevalvonnasta vastaava FATF.

Euroopassa huumausaineita käsitellään Euroopan neuvoston Pompidou-ryhmässä ja EU:n sisällä koordinoiva elin on horisontaalinen huumausaineryhmä (HDG). EU:ssa huume politiikkaa ohjaa huumausainestrategia vuosille 2005 - 2012 ja huumausainepoliittinen toimintaohjelma 2005 - 2008.

EU:ssa myös Europol, huumausainerikosten selvittelyä jäsenmaiden välillä koordinoiva Eurojust ja huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus (EMCDDA) käsittelevät huume kysymystä, jälkimmäinen erityisesti huume tilannetietoa.

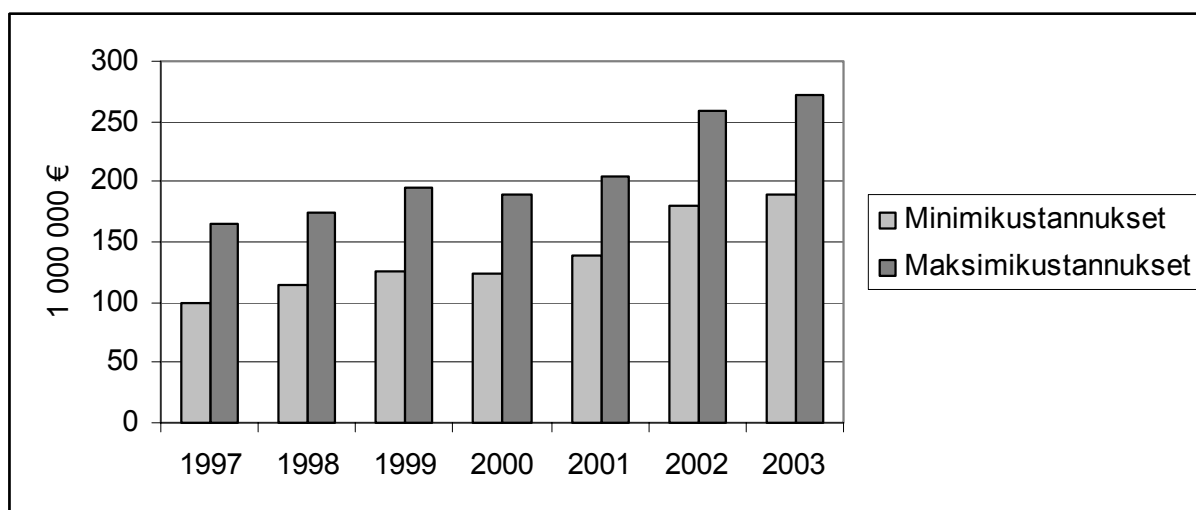
Kansainvälisesti organisoidun ammattimaisen huumausainerikollisuuden hallitsemiseksi osallistuminen kansainväliseen yhteistyöhön (esimerkiksi lähialueilla) sekä uudet eurooppalaiset Schengenin ja tullin tietojärjestelmät (CIS) ovat tehostaneet viranomaisien välistä tiedonvaihtoa ja luoneet uusia toimintakäytäntöjä esimerkiksi huumerikollisuuden ja rahanpesun valvomiseksi.

Pohjoismaissa huumeita käsitellään huume komiteassa sekä poliisin, tullin ja rajavartiolaitosten yhteisessä valvontaviranomaisverkossa (PTN).

Huume kustannukset

Huume kustannukset koostuvat huumausaineiden ja lääkeaineiden väärinkäyttöön ja haittoihin liittyvistä kustannuksista terveydelle (sairaalat ym.), sosiaaliselle hyvinvoinnille (päihdehuolto ym.), ja rikollisuuskontrollille (poliisi, vankilat ym.) sekä ehkäisevän työn ja tutkimuksen resursseista. Kustannukset ovat nousseet selvästi 1990-luvun puolesta välistä lähtien huumeiden käytön ja ongelmakäytön lisääntymisen myötä, mutta alkoholin aiheuttamiin kustannuksiin (615 - 810 miljoonaa euroa) verrattuna ne ovat vielä huomattavasti alhaisemmat (Päihdetilastollinen vuosikirja 2004).

Kuvio 12. Huumeisiin liittyvät haittakustannukset (minimi-maksimi) Suomessa 1997 - 2003



A. UUDET KEHITYSSUUNTAUKSET

1. Huumepolitiikka ja lainsäädäntö

Huumepolitiikan reunaehdoista ovat kansalliset huumausainepoliittiset strategiat ja toimintaohjelmat, huumausaineisiin liittyvä lainsäädäntö, kansalliset resurssit huumeolitiikan tehostamiseksi sekä julkiset mielipiteet huumeolitiikasta. Tässä luvussa strategioita ja lainsäädäntöä tarkastellaan huumeolitiikan koordinaation, kysynnän vähentämisen ja tarjonnan rajoittamisen toimien, kansainvälisen yhteistyön ja tutkimuksen näkökulmista. Kysynnän vähentämisen toimenpiteet voivat olla osa huumeisiin liittyvää ehkäisevää työtä, hoitotyötä tai terveydellisten ja sosiaalisten haittojen ehkäisyä, kun taas tarjonnan rajoittamistyö liittyy kontrollitoimiin ja näiden tehostamiseen.

Huumausainepoliittisessa toimintaohjelman 2004 - 2007 (2004) tavoitteet ovat:

1. Vakiinnutetaan kansallisen huumausainepoliitiikan koordinointi.
2. Tehostetaan huumausaineiden lähtöaineisiin liittyvää viranomaisyhteistyötä.
3. Nuorten huumeiden käyttäjien syrjäytymisen ehkäisemiseksi ja huumeongelmaisten hoitoon ohjaamiseksi lisätään paikallista sosiaali- ja terveystoimen, opetusviranomaisten, nuorisotoimien, poliisin ja syyttäjän yhteistyötä.
4. Lisätään poliisin, tullin, rajavartiolaitoksen ja syyttäjän sekä yksityisen turvallisuusalan yhteistoimintaa huumausaineiden tarjonnan vähentämiseksi.
5. Varmistetaan asianmukaisten huumehoitopalvelujen saatavuus.
6. Tehostetaan hoitotoimenpiteiden käyttöä rikosoikeudellisten seuraamusten yhteydessä.
7. Kehitetään huumeongelmien ehkäisyä ja hoitoa koskevaa osaamista.
8. Vahvistetaan moniammatillista yhteistyötä sekä huumausaineiden ja muiden päihteiden käytön ehkäisyä oppilas- ja opiskelijahuollossa.
9. Kehitetään uusia ehkäisevän päihdetyön menetelmiä ja vahvistetaan paikallistason viranomaisyhteistyötä ehkäisevässä huumeuetyössä.
10. Tuetaan kansalaisjärjestöjen roolin vahvistumista ehkäisevässä huumeuetyössä.
11. Tarkistetaan Suomen huumausainelainsäädäntöä huumeioiden yhteisöläinsäädännön muutokset ja synteettisten, huumausainekontrollin ulkopuolella olevien aineiden nopeutunut markkinoille tulo.
12. Edistetään huumausaineiden käyttöä ja levittämistä ehkäiseviä kansainvälisiä toimia, tehostetaan kansainvälisen huumausaineyhteistyön koordinaatiota ja varaudutaan EU:n laajenemiseen.

13. Jatketaan huumausaineiden vastaisen työn tukemista lähialue- ja kehitysmaayhteistyössä.

14. Kehitetään huumausaineisiin liittyvää tietopohjaa ja tutkimusta.

Huumausainelainsäädännössä viimeisen vuoden aikaiset muutokset koskevat:

- (1) lakia yksityisyyden suojasta työelämässä, mukaan lukien huumetestien käyttöä työelämässä koskevat rajoitukset, joiden mukaan testauksen tulisi perustua työpaikoilla yhteistyössä laadittuun huumeiden vastaiseen ohjelmaan ja joiden perusteella työnhakija tai -tekijä voidaan velvoittaa toimittamaan itse työnantajalle todistuksen testistä tilanteessa, jossa työntekijä toimii tehtävissä, joissa huumeet voisivat vaarantaa terveyttä tai tuottaa vahinkoa tai jos työntekijän epäillään olevan huumeiden vaikutuksen alaisena työssä,
- (2) lakia rikosrekisterilain muuttamisesta, jolla säädetään, milloin henkilö saa itseään koskevan otteen rikosrekisteristä työnantajalle toimitettavaksi voidakseen ryhtyä sellaiseen tehtävään, johon pysyväisluonteisesti ja olennaisesti kuuluu työskentelyä alaikäisten parissa,
- (3) Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja -rahaetuksista säädetyn lain ehtoja päihdehuoltolain mukaiseen kuntoutukseen osallistuvan on oikeudesta kuntoutusrahaan,
- (4) lakia tieliikennelain muuttamiseksi, jossa esitetään perusteet lääkärin ilmoitusvelvollisuuteen ajajan puutteellisesta ajokyvystä tai rattijuopumuksen vuoksi liikenneajoneuvon ajokieltoon määräämiselle,
- (5) lakia nuorisorangaistuksesta, jolla pyritään korvaamaan muut rangaistukset, järjestämällä alle 18 -vuotiaalle tuomitulle rangaistuksen ajan valvonnan alaisena suoritettavia sosiaalista toimintakykyä edistäviä tehtäviä ja valvonnassa tapahtuvaa työelämään ja työn tekemiseen perehtymistä,
- (6) vankeuslain muutosta, jossa on säädetty tutkintavankeudessa tai vankilassa olevan päihdeongelman oikeuksista palveluihin ja edellytyksistä vankien integroimiseen takaisin yhteiskuntaan,
- (7) pakkokeinolain muutoksia, jolla viranomaisille annetaan lisää toimivaltaa tekniseen kuunteluun ja televiestien valvontaa,
- (8) poliisilain muutosta, jolla täsmennetään poliisin tiedonhankintaa koskevia säännöksiä, ja
- (9) lakia omaisuuden tai todistusaineiston jäädyttämistä rikosasioissa EU jäsenvaltioiden välillä.

Huumausaineet ja lääkeaineiden väärinkäyttö aiheuttaa yhteiskunnalle vuosittain noin 160 - 220 miljoona Euron haittakustannukset. Vuoden 2004 - 2007 huumausainepoliittisen toimintaohjelman aiheuttamat erilliskustannukset vastaavat vuoden 2004 budjettiesityksen mukaan edellisen huumausainepoliittisen ohjelman viimeisen vuoden 2003 kustannuksia.

Huumausaineasenteita heijastavien eduskunnan huumepuheenvuorojen määrässä ei ole tapahtunut muutoksia kolmen viime vuoden aikana. Keskeiset teemat vastaavat eduskunnassa käsiteltyjä keskeisiä lainsäädäntömuutoksia tai hallituksen eduskunnalle annettuja tilannekatsauksia, kuten lakia yksityisyyden suojasta työelämässä, rikoslain muutosta koskien ihmiskauppaa, paritusta ja prostituutiota sekä valtioneuvoston selontekoa turvallisuus- ja puolustuspolitiikasta. Yleisimpiä teemoja ovat olleet huumetestit ja kansainvälinen huumekauppa.

Tutkijat korostavat, että huoli huumeista on Suomessa edelleen suuri, sillä väestökyselyssä 81 prosenttia vastaajista piti huumeiden käyttöä Suomessa vakavana ongelmana. Huumausaineita koskevien asenteiden osalta merkittävää on kuitenkin, että huumausaineiden käytön vakavaksi ongelmaksi arvioivien osuus on kolmessa vuodessa pudonnut 9 prosenttiyksikköä. Vielä selvemmin asenteiden lieventyminen ilmenee siinä, että huumausaineiden käytön erittäin vakavaksi ongelmaksi (40 %) arvioivien osuus on laskenut 18 prosenttiyksikköä vastaavana aikana. Väestöstä 28 % arvioi huumausaineiden käytön vähenevän tai pysyvän ennallaan, kun vielä kolme vuotta sitten osuus oli 12 %. Näyttäisi siltä, että huumeiden käytön paheksunta on säilynyt entisellään, mutta että huumeaallon 1990-luvulla tapahtuneen nopean nousun ja vakavien huumehaittojen (mm. äkkikuolemat) synnyttämä säikähdys on menossa ohi.

1.1 Huumepolitiikka 2004 - 2007

1.1.1 Huumausainepolitiikan koordinointi vuosina 2004 - 2007

Tavoite¹⁰

- Valtakunnallista huumausainepolitiikkaa toteutetaan ja kehitetään koordinoitusti. Viranomaisyhteistyö jatkuu tehostetusti.
- Suomen huumausainelain ja -asetuksen muuttaminen yhteisölainsäädäntöä vastaavaksi sekä huumaustarkoituksessa käytettävien aineiden valvontaan ottamisen nopeuttaminen.

¹⁰ Huumausainepoliittinen toimintaohjelma vuosille 2004 - 2007.

Toteutuma vuonna 2004¹¹

- Koordinaatioryhmä nimitettiin meneillään olevaksi toimikaudeksi 1.1.2004-31.12.2007
- Vuonna 2004 asetettiin sosiaali- ja terveysministeriön päätöksellä huumausainelainsäädännön kehittämistä valmisteleva työryhmä, joka valmistelee hallituksen esityksen huumausainelaiksi sekä sitä täydentäviksi valtioneuvoston asetukseksi ja STM:n asetukseksi siten, että kyseinen lainsäädäntö korvaisi nykyisen lainsäädännön elokuusta 2005 lähtien

Painopisteet vuonna 2005¹²

- Uusi huumausainelainsäädäntö korvaa nykyisen lainsäädännön elokuusta 2005 lähtien
- Huumelainsäädännön muutoksia koskeva koulutus lääneissä alkaa
- Valmistellaan päihdeohjelmien ohjeistus lääneille
- Toteutetaan päihdeohjelmakokoukset lääninhallituksissa, joiden tehtävänä on alueellisen ja paikallisen viranomais- ja järjestötyön toimijoiden ohjelmatyön koordinointi
- Järjestöjen huumausainepoliittinen mietintö valmistuu

1.1.2 Kysynnän vähentäminen vuosina 2004 - 2007

1.1.2.1 Ehkäisevä huumetyö

Tavoite

- Vahvistetaan lasten ja nuorten huumausaineiden ja muiden päihteiden käytön ehkäisyä yhdessä oppilashuollon ja muiden päihdetyötä tekevien viranomaisten kanssa.
- Ehkäisevää huumetyötä suunnitellaan ja toteutetaan paikallistason nuoriso-, sosiaali-, koulu-, terveys- ja työvoimaviranomaisten yhteistyönä.
- Vahvistetaan ehkäisevän päihdetyön yhdyshenkilöiden asemaa päihdetyön koordinaattoreina.
- Otetaan käyttöön uusia, erityisryhmille suunnattuja menetelmiä ehkäisevässä päihdetyössä.
- Huumeongelmista kärsivät ja syrjäytymisvaarassa olevat nuoret tavoitetaan paremmin.

¹¹ Huumausainepoliitiikan kertomus 2004

¹² Huumausainepoliittisen koordinaatioryhmän kannanotto 2005

- Ehkäisevän päihdetyön systemaattisuus sekä asema vahvistuvat ja nuorten päihteiden käyttö vähenee.
- Kunnan sosiaali- ja terveystoimi, opetusviranomaiset, nuorisotoimen edustajat, poliisi ja syyttäjä ehkäisevät yhteistoimin nuorten huumausaineiden käyttöä.
- Kehitetään huumeongelmien ehkäisyä ja hoitoa koskevaa osaamista ammatissaan huumeiden käyttäjien kanssa kosketukseen tulevilla.

Toteutuma vuonna 2004

- Opetushallituksen laatimat opetussuunnitelman perusteet ovat valmistuneet kaikilla kouluasteilla. Opetussuunnitelman perusteisiin sisältyvien ohjaavien normien perusteella kaikkien koulujen ja oppilaitosten tulee määritellä oppilashuollon osana toimenpiteet päihteiden käytön ehkäisemiseksi sekä ongelmien varhaiseksi tunnistamiseksi ja niihin puuttumiseksi.
- Opetushallituksen edu.fi -sivujen oppilashuolto-osioon on tuotettu päihteiden käytön ehkäisyyn liittyvää aineistoa kouluille ja oppilaitoksille yhteistyössä Stakesin ja järjestöjen kanssa.
- Päihdeteemaa on kuluvin vuoden aikana käsitelty kaikissa oppilashuoltoa ja terveystiedon opetuksen kehittämistä koskevissa koulutustilaisuuksissa.
- Nuorten työpajojen valmiuksia ehkäisevään työhön vahvistettiin erillisellä koulutushankkeella.
- Stakes koordinoi yhteistyössä lääninhallitusten kanssa ehkäisevän päihdetyön yhdyshenkilöverkostoa, joille järjestettiin vuoden aikana 5 koulutustilaisuutta.
- Yhdyshenkilöverkostosta eriytettiin paikallisasiantuntijoista koostuva kehittäjäverkosto, jonka kanssa kehitetään ehkäisevän päihdetyön sisältöjä ja aineistoja.
- Stakesin Neuvoa-antavat -portaaliin tuotettiin koulutus- sekä tiedotusaineistoa ja portaalin toimintoja ovat lisäksi päihdehoitopaikkatietokanta, päihdestrategia- ja hanketietokannat sekä yhdyshenkilöverkoston käyttöön tarkoitettu tietopaketti.

Painopisteet vuonna 2005

- Oppilashuoltoa koskevat suunnitelmat otetaan käyttöön kaikilla koulutusasteilla syksyllä 2005.

- Terveystiedon uudet opetussuunnitelmat, jotka kattavat päihteiden käytön ja niiden ehkäisyn, otetaan käyttöön lukioissa.
- Opetusministeriön nimittämä päihdekoulutustyöryhmä aloittaa toimintansa.
- Nuorten työpajojen ehkäisevä huumetyö vakiinnutetaan.
- Kuntien päihdepalvelujen ja ehkäisevän päihdetyön arviointi valmistuu.
- Ehkäisevän päihdetyön laatukriteerit valmistuvat.

1.1.2.2 Huumehoito

Tavoite

- Kunnan sosiaali- ja terveystoimi, opetusviranomaiset, nuorisotoimen edustajat, poliisi ja syyttäjä tehostavat yhteistyötään huumeongelmaisten hoitoon ohjaamiseksi.
- Huumausaineiden käyttäjiä saadaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen piiriin nykyistä selvästi enemmän.
- Huumeongelmaisten saatavilla on laadukkaita ja monipuolisia päihdepalveluja.
- Sekä lääkkeettömien hoitojen että korvaushoidon saatavuus paranee ja hoitoon pääsyn esteet vähenevät.
- Kansalaisjärjestöjen rooli palvelun tuottajina, asiantuntijoina, vertaistukea tarjoavina ja vapaaehtoistoimintaa ylläpitävinä tahoina vahvistuu.

Toteutuma vuonna 2004

- Päihdepalvelujen laatusuosituksen pohjalta on laadittu laatuarviolomakkeet ja palvelujen pisteytysmallit, joita kunnat voivat käyttää sekä osto- että omien hoitopalvelujen arvioinnin ja kilpailuttamisen apuvälineinä.
- Huumeiden ongelmakäyttäjien hoitopalvelusjärjestelmän kehittämisen painopisteinä hoidossa ovat edelleen olleet matalan kynnyksen hoitopalvelut sekä opiaattiriippuvaisten korvaushoidon laajentaminen.
- Maahanmuuttajanuorten erityisongelmat otettiin huomioon eri hankkeissa, myös yhteistyössä Venäjän ja Viron kanssa.

Painopisteet vuonna 2005

- Päihdepalvelujen laatusuositusten käytännön toteuttaminen.

1.1.2.3 Huumeiden aiheuttamien terveyshaittojen vähentäminen

Tavoite

- Huumausaineiden käyttäjiä saadaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen piiriin nykyistä selvästi enemmän.
- Tartuntatautien leviäminen huumeiden käyttäjien keskuudessa estyy.

Toteutuma vuonna 2004

- Huumeiden ongelmakäyttäjien hoitopalvelusjärjestelmän kehittämisen painopisteenä on terveyshaittojen osalta terveysneuvontatyö.

Painopisteet vuonna 2005

- Mielenterveys- ja päihdepalvelujen seudullinen kehittämishanke alkaa.

1.1.2.4 Huumeiden aiheuttamien sosiaalisten haittojen vähentäminen

Tavoite

- Hoidon jälkeinen tuki ja kuntoutus paranevat.
- Hoidollisia toimenpiteitä liitetään kiinteämmin rikosoikeudellisiin seuraamuksiin.
- Huumausaineen käyttörikosten seuraamusvaihtoehtoja käytetään nykyistä eriytyneemmin. Samalla huumausaineisiin liittyvä oheisrikollisuus vähenee.
- Vapausrangaistuksen suorittamiseen käytettävää aikaa käytetään nykyistä tehokkaammin päihdehoitotoimenpiteiden käynnistämiseen ja hoitomotivaation herättämiseen.

- Paikallista, seudullista ja valtakunnallista yhteistyötä sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaisten kanssa tehostetaan sekä vankeusrangaistusten että yhdyskuntaseuraamusten täytäntöönpanossa.
- Vapautuneiden vankien ja yhdyskuntaseuraamusten piirissä olevien palvelut turvataan osana valtakunnallista ja seudullista sosiaalialan kehittämishanketta.
- Vankeustuomioita vankilan ulkopuolisissa päihdehuollon yksiköissä suorittavien vankien määrä kasvaa ja vapautuvien vankien kuntoutus tehostuu.

Toteutuma vuonna 2004

- Valtakunnansyyttäjän syyttäjille antamassa yleisohjeessa (VKS:2002:3) edellytetään, että huumeriippuvaista henkilöä ei sakoteta, ennen kuin hoitoon ohjaus on suoritettu ja hoitoon hakeutumisen halukkuus selvitetty. Hoitoonohjauksen menettelytavat on luotu lähes jokaisessa syyttäjäyksikössä.
- Alle 18-vuotiaille tuomittava nuorisorangaistus, joka sisältää mm. sosiaalista toimintakykyä edistäviä tehtäviä ja ohjelmia, vakinaistettiin ja otettiin käyttöön koko maassa vuoden 2005 alussa.
- Vankeinhoidon päihdestrategia vuosiksi 2005–2006 valmistui. Strategian mukaisiin toimintaperiaatteisiin kuuluu muun muassa se, että vangilla on mahdollisuus suunnitelmalliseen etenevään päihdehoitoon ja –kuntoutukseen sekä päihteettömään ympäristöön vankeutensa aikana.

Painopisteet vuonna 2005

- Poliisin toteuttamaa hoitoonohjausta koskevan koulutuksen suunnittelu alkaa.
- Sosiaalityö poliisilaitoksella -hankkeen loppuraportti valmistuu.
- Tehdään selvitys rikosseuraamusjärjestelmän ja päihdepalveluiden yhteistyöstä.

1.1.2.4 Muita kysynnän vähentämisen toimintaohjelmia

Alkoholiohjelma 2004 - 2007 (2004)

Kansallisen alkoholiohjelman tavoitteena on alkoholista aiheutuvien haittojen vähentäminen. Ohjelman kolmesta tavoitteen toteuttamisen keinosta kahden voidaan arvioida koskevan myös huumausaineita. Ensimmäinen keinoista on lasten, nuorten ja perheiden kokemien haittojen vähentäminen. Sen toteuttamiseen pyritään mm. vanhempien kasvatustehtävän tukemisella, perheväkivallan ehkäisyllä, lastensuojelun toimintaedellytysten turvaamisella sekä päihdekasvatuksella. Toinen keino on riskikäytöstä aiheutuvien haittojen vähentäminen. Sen täytäntöönpanoon pyritään ehkäisemällä häiriöitä ja väkivaltaa, turvallisuutta liikenteessä, työssä ja vapaa-aikana sekä tarpeenmukaisilla hoitopalveluilla. Muut keinot tähtäävät suoranaisesti alkoholin kokonaiskulutuksen vähentämiseen. Olennaista ohjelmassa on myös, että sitä pyritään toteuttamaan paikallisesti yhteistyössä valtion, kuntien, elinkeinoelämän ja järjestöjen (kansalaisyhteiskunnan) kanssa. Ohjelmalla on myös mittarit, joilla sen toteutumista arvioidaan.

Sopimushoitokokeilu (2005)

Oikeusministeriö asetti helmikuussa 2002 työryhmän, jonka tehtävänä oli sopimushoitotoimikunnan mietinnön ja siitä saatujen lausuntojen pohjalta laatia ehdotus hallituksen esitykseksi sopimushoidon kokeilemisesta ja siihen liittyvästä lainsäädännöstä. Työryhmä jätti mietintönsä oikeusministerille toukokuussa 2003. Sopimushoito olisi päihdehoitoa, joka olisi tarkoitettu niille, joita ei päihdeongelmien vuoksi voida tuomita yhdyskuntapalveluun. Kokeilu toteutettaisiin alueellisesti rajoitettuna. (Sopimushoitotoimikunnan mietintö, 2002.)

Sopimushoidon valmistelusta omana rangaistuslajinaan päätettiin vuoden 2005 tammikuussa luopua. Sen sijaan ryhdyttiin valmistelemaan päihdehoidon liittämistä läheisemmin yhdyskuntapalveluun mm. edellytyksenä yhdyskuntapalveluun tuomitsemiselle.

Päihdehoito yhdyskuntapalvelun edellytyksenä on tarkoitettu lähinnä sellaisille rikoksiin syyllistyneille henkilöille, joilla on vakava päihdeongelma ja joiden voidaan olettaa noudattavan hoito-ohjelmaa. Päihdehoito ei olisi osa rangaistusta, vaan päihdehoitoon sitoutuminen olisi edellytys yhdyskuntapalvelun tuomitsemiselle ehdottoman vankeuden sijasta. Edellytyksen

täyttymistä valvoisi ja valvottavaa tukisi Kriminaalihuoltolaitos. Yhdyskuntapalvelun tuomitseminen edellyttäisi syytetyn suostumusta ja sitoutumista määrättyyn hoitosuunnitelmaan ja muihin ehtoihin.

Vankeinhoidon päihdestrategia vuosille 2005 - 2006 (2004)

Vankeinhoidon päihteiden vastaiset tehtävät jäsenyivät vankienhoidon päihdetyön toimintaperiaatteista, joiden mukaan.

- vankiloiden päihdetyö perustuu vankeinhoidon arvoihin, vangin tuntemukseen ja vuorovaikutukseen vangin kanssa.
- vankila kohtelee päihdeongelmaista vankia yhdenmukaisin perustein muiden vankien kanssa.
- vankiloiden päihdetyö perustuu sosiaali- ja terveydenhuollon ja valvonnan ammatilliseen osaamiseen ja tiimityöhön sekä yhteistyöhön muun yhteiskunnan kanssa.
- vankila vastaa avuntarpeisiin ja puuttuu päihtyneenä esiintymiseen heti valvonnallisin keinoin sekä hoitokeinoin ja/tai järjestysrikkomuksena.
- vankila hyödyntää vankeusaikaa muutostyöskentelyyn.
- vangilla on mahdollisuus suunnitelmalliseen etenevään päihdehoitoon ja -kuntoutukseen sekä päihdeettömään ympäristöön vankeutensa aikana.
- vankila seuraa, arvioi ja kehittää päihdetyötään säännöllisin väliajoin sekä arvioi asiakastyönsä vaikuttavuutta.

Vankiloissa toimintaperiaatteita toteutetaan seuraavasti:

- Vankilassa päihdetyö sisältää tarpeenmukaisen sairaanhoidon sekä arvioinnin vangin päihdekuntoutuksen tarpeesta.
- Vangilla on mahdollisuus päihdeettömyyttä tukevaan asumiseen ja päihdetyön vastuuhenkilöön.
- Tarpeen mukaan vanki osallistuu päihteitä koskevaan neuvontaan, tarvittaessa häntä motivoidaan päihdekuntoutukseen.
- Vangilla on tarpeen mukaan mahdollisuus lääketieteelliseen, psykososiaaliseen ja toiminnalliseen päihdekuntoutukseen.
- Vankilat ylläpitävät päihdetyön valvontaa, hoidon ja kuntoutuksen palvelujärjestelmää.

- Vankila noudattaa päihdetyössään vankeinhoitosäädösten lisäksi terveydenhuollon ja soveltuvien osien sosiaalihuollon sekä poliisin ja tullin valvontatehtävissään noudattamia periaatteita ja menetelmiä päihdetyöhön liittyen.
- Vankila järjestää suunnitelmallisen päihdekuntoutuksen, johon kuuluu vankilan päihdetyön lisäksi verkostotyö asiakkaan hoitoketjun turvaamiseksi, selviytymisen edistämiseksi ja vertaistoimintaan kiinnittymiseksi.
- Vankilahenkilökunta toteuttaa yhteistyössä päihdetyötä oman ammatillisen osaamisensa ja tehtäviensä mukaisesti.

1.1.3. Huumeiden tarjonnan rajoittaminen vuosina 2004 - 2007

Tavoite

- Huumausaineiden lähtöaineita koskevia asioita käsitellään keskitetysti yhdessä kansallisessa työryhmässä, jonka jäsenet nimetään vastuuviranomaisista.
- Lähtöaineita koskeva viranomaisyhteistyö tehostuu merkittävästi.
- Suomen markkinoille tarkoitetun huumausaineen maahantuonti estetään jo lähtömaassa ja paljastetaan huumausaineiden salakuljetusta maamme rajoilla.
- Rikoksilla hankitun hyödyn pois ottamista lisätään rikosten paljastamisessa ja tutkinnassa poliisin, tullin, ulosotto- ja veroviranomaisten sekä syyttäjän yhteistyöllä.
- Uusia rikoslain rikoshyödyn menettämisseuraamusta koskevia säännöksiä sovelletaan täysimääräisesti.
- Järjestyksenvalvojat ja vartijat osaavat tunnistaa ja oikealla tavalla puuttua huumausaineiden kauppaan ja muuhun levitykseen sekä käyttöön.

Toteutuma vuonna 2004

- Sosiaali- ja terveysministeriö on asettanut huumausaineiden lähtöaineiden valvonnan ja viranomaisyhteistyön tehostamiseksi työryhmän, joka aloitti toimintansa 2004.
- Sisäasiainministeriön rikostiedustelusta ja rikosanalyysistä antaman määräyksen (16.1.2004), tiedustelun kehittämishankkeen sekä valtakunnallisen PTR-johtoryhmän tekemien linjausten mukaisesti keskusrikospoliisi aloitti 1.4.2004 toimenpiteet valtakunnallisen rikostiedustelu- ja rikosanalyysikeskuksen sekä läänien alueellisten rikostiedustelu- ja rikosanalyysiyksiköiden perustamiseksi.

- Rikostiedustelu- ja rikosanalyysitoiminta saatiin resurssien osalta täysimääräiseksi ja se käynnistyi koko maassa lokakuussa 2004.
- Vakavan rikollisuuden torjuntakohteeksi valikoituvat rikoskokonaisuudet, jotka vaativat monialaista viranomaisten yhteistyötä ja joissa rikollinen toiminta on järjestäytynyttä. Torjuntakohteiksi on pääosin valikoitunut rikollisorganisaatioita, joiden päätoimialana on ollut huumausaineiden maahantuonti ja levitys.

Painopisteet vuonna 2005

- Lähtöaineiden valvonnan ja viranomaisyhteistyön työryhmässä käsitellään valmistelussa olevaa lähtöaineita koskevaa yhteisölainsäädäntöä, muuttuvan yhteisölainsäädännön aiheuttamaa koulutus- ja informointitarvetta sekä huumausaineiden lähtöainetilannetta Suomessa.
- Poliisin, tullin ja rajavartiolaitoksen yhteisellä rikostiedustelu- ja rikosanalyysitoiminnalla tehostetaan rikollisuuden seurantaan, rikostorjuntaan liittyvän tiedon välittämistä, vakavan rikollisuuden torjuntakohteiden löytämistä sekä rikosten analysointia ja sarjoittamista.

Muita tarjonnan rajoittamisen toimintaohjelmia

Sisäisen turvallisuuden ohjelma 2005 - 2015

Valtioneuvosto teki 23.9.2004 periaatepäätöksen sisäisen turvallisuuden ohjelmasta. Ohjelma tarkastelee turvallisuutta ensisijaisesti yksilön näkökulmasta ja ohjelman tavoitteena on lisätä arjen turvallisuutta. Sisäisen turvallisuuden keskeisistä tulevaisuuden uhkatekijöistä tärkein on syrjäytymisen lisääntyminen. Muita haasteita ovat onnettomuuksien ja tietoyhteiskunnan haavoittuvuuden lisääntyminen, ulkomailta johdettu kova rikolliskulttuuri, ihmisten arkiturvallisuuden heikkeneminen, rajaturvallisuuden ja tullivalvonnan ylläpitäminen sekä terrorismin torjunta. Ohjelman toteuttamiseen esitetään 79 erilaista toimenpidettä. (Arjen turvaa - sisäisen turvallisuuden ohjelma 2005 - 2015)

Huumausainerikoksia pyritään ohjelman mukaan ehkäisemään

1. lisäämällä yhteistyötä lähialueilla, erityisesti Baltian maiden ja Venäjän kanssa,

2. tehokkaalla kansainvälisellä yhteistyöllä, jolla estetään ammattimaisesti ja järjestäytyneesti toimivien rikollisten verkostoituminen saattamalla heidät vastuuseen rikoksista koti- tai oleskelumaassaan,

3.lisäämällä huumausainerikoksiin liittyvän oheisrikollisuuden selvittämistä, erityisesti paljastamalla ammattimaista anastetun omaisuuden kätkemistä ja paritukseen liittyvää rikollisuutta,

4. tehostamalla huumausainehoitoa,

5. tehostamalla huumausaineiden ongelmakäyttäjien hoitoonohjausta,

6. tehostamalla hoitotoimenpiteiden käyttöä rikosoikeudellisten seuraamusten yhteydessä,

7. toteuttamalla lainsäädännön osalta seuraavat uudistuksiin liittyvät toimenpiteet:

- todistajan ja asianosaisen suojelun tehostaminen rikosprosessissa,
- asianmukainen hoito tulee olla huumausaineiden ongelmakäyttäjän rangaistusseuraamuksen todellinen vaihtoehto kaikissa rangaistustyypeissä (sakko, ehdollinen tai ehdoton vankeusrangaistus),
- selvitetään mahdollisuudet muuttaa törkeän huumausainerikoksen rangaistusasteikon maksimirangaistus 10 vuodesta 12 vuoteen vankeutta,
- selvitetään mahdollisuus vihjepalkkion säätämisestä kokonaan verottomaksi tuloksi.

Lisäksi ohjelmassa esitetään, että syrjäytymisvaarassa olevia nuoria tuetaan, varhaista puuttumista ongelmiin tehostetaan, oppilashuoltoa ja opinto-ohjausta kehitetään, luodaan sosiaalipäivystys koko maahan, heikossa asemassa olevien työllistymisedellytyksiä parannetaan, maahanmuuttajien kotouttamista yhteiskuntaan tuetaan ja kehitetään tartuntatautien torjuntatyön järjestelmää yhteistyössä Euroopan unionin ja Maailman terveysjärjestön kanssa.

1.1.4. Huumeisiin liittyvä kansainvälinen yhteistyö 2004 - 2007

Tavoite

- Valtioneuvoston periaatepäätöksen (1998) mukaisten kansainvälisen yhteistyön tavoitteiden toteutuminen edistyy.
- Suomeen suuntautuva huumausaineiden salakuljetus, huumausainekauppa, oheisrikollisuus sekä huumausaineiden käyttö ja siihen liittyvät sosiaaliset ja terveydelliset ongelmat pysyvät mahdollisimman vähäisinä.
- Kansainvälisten asioiden koordinointi kotimaassa sekä kansainvälisesti tehostuu.

- Huumausaineiden kuljetus sekä huumausaineiden käyttöön liittyvät sosiaaliset ja terveydelliset haitat leviävät lähialueilta Suomeen niin vähän kuin mahdollista.
- Huumausaineiden vastainen toiminta Suomen lähialueilla vahvistuu.
- Huumausaineiden viljelyn ehkäisyyn tähtäävä työ kehitysmaissa edistyy.

Toteutuma vuonna 2004

- Suomi osallistui kaikkiin Euroopan Unionin huumausaineita koskevien elinten toimintaan
- Suomi osallistui aktiivisesti EU:n vuosien 2005 - 2012 huumausainestrategian laadintaan
- Suomi osallistui Islannissa pidettyyn Pohjoismaisten huumausaineasioista vastaavien ministerien kokoukseen 10.-11.8.2004.
- Suomi osallistui Euroopan Neuvoston Pompidou-ryhmässä Itä-Euroopan maita koskevan nuorisofoorumin toteuttamiseen Jekaterinburgissa 6.-7.10.2004.
- CND:ssä Suomi muotoili ensimmäisen EU:n yhteisenä päätöslauselmaesityksenä annetun, kansainvälistä huumetiedonkeruuta vahvistavan esityksen, johon myös USA yhtyi.
- Suomi on rahoittanut YK:n huumausainehjelman (UNODC) toimintaa sekä ohjelman hankkeita Uzbekistanissa alueellisen informaatio- ja koordinaatiokeskuksen perustamiseksi sekä Hayretonin rajatarkastusaseman rakentamiseksi.
- Perussa Suomi rahoitti ”Vaihtoehtoiset hankkeet huumeviljelylle” -ohjelmaa teknisen ja institutionaalisen tuen muodossa.
- Suomi on rahoittanut useita lähialueprojekteja Karjalan tasavallassa, Viipurin seudulla, Murmanskin alueella ja Luoteis-Venäjällä.
- Council of Baltic Sea States (CBSS) Task Force -ohjelman ja EU:n Pohjoisen ulottuvuuden Partnership for Health and Social Protection -ohjelman perusteella on aikaansaatu verkosto, jonka avulla Latviassa on aloitettu Suomen mallin mukainen ruiskuhuumeiden käyttäjille suunnattu terveysneuvontatoiminta.

Painopisteet vuonna 2005

- Suomi osallistuu vuoden 2004 - 2007 toimintaohjelman mukaisesti aktiivisesti huumausainepolitiikan suunnitteluun ja toteuttamiseen YK:n huumausainetoimikunnassa (CND) ja Dublin-ryhmässä, Euroopan unionin työryhmissä, Euroopan unionin

huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskuksessa, Europolissa, Euroopan neuvoston Pompidou-ryhmässä ja Pohjoismaiden ministerineuvostossa.

- Suomi jatkaa ja tiivistää huumausaineiden vastaista yhteistyötään sekä kansainvälisissä että kahdenkeskisissä toimissa sekä edistää ja toteuttaa yhteistyössä tekemiään aloitteita.

1.1.5. Huumetutkimus ja -seuranta vuosina 2004 - 2007

Tavoite

- Vahvistetaan huumausaineisiin liittyvää tieto- ja osaamispohjaa.
- Tutkitaan huumausaineiden käyttöä ja siihen liittyviä mielikuvia, käytön eritasoisia seurauksia, käyttäjien palvelujärjestelmää ja hoitoa, huumausaineisiin liittyvää rikollisuutta ja mahdollisuuksia puuttua siihen sekä eritellään ja arvioidaan huumausainepoliittista keskustelua.

Toteutuma vuonna 2004

- Suomen akatemia on käynnistänyt päihde- ja addiktio tutkimuksen tutkimusohjelman valmistelun vuosille 2007 – 2010.
- Vuoden 2004 aikana Stakes on raportoinut uusia tutkimustuloksia koululaisten päihteiden käytöstä, huumeiden ongelmakäyttäjistä, väestön huumeasenteista ja huumausainepoliittisista mielipiteistä.
- Stakes on raportoinut myös uusia tutkimustuloksia päihdepalvelujen käytöstä, huumehoidon asiakkaista sekä piikkihuumeiden käyttäjien riskikäyttäytymisestä.
- Huumetrendien varhaisen tunnistamisen kokeilusta on valmistunut raportti.
- Valtakunnallisen huume kampanjan arviointiaineisto kerättiin Kansanterveyslaitoksessa huhti - kesäkuussa 2004.
- Kansanterveyslaitos on kehittänyt huumeidenkäytön testausmenetelmiä, tutkinut päihderiippuvuuden taustaa ja hoitoja sekä niiden vaikutuksia.
- KTL on seurannut huumausaineisiin liittyvien tartuntatautien esiintymistä ja tähän liittyvää palvelujen käyttöä, asiakasliikkuvuutta sekä matkustamista lähialueille.
- KTL aloitti syksyllä 2004 tutkimushankkeen amfetamiiniriippuvuuden lääkehoidosta.

- Poliisiammattikorkeakoulussa on tutkittu vankiloiden päihdekuntoutusta, poliisityöhön liittyvää hoitoonohjausta sekä huumeisiin liittyvää oheis- ja järjestäytynyttä rikollisuutta.
- Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos seuraa käyttörikosuudistuksen vaikutuksia.
- Huumeisiin liittyen on valmistunut väitöskirjoja mm. narkomaanien kuntoutuksesta yhteisökasvatuksella, alaikäisistä huumehoidon asiakkaista ja huumeiden viihdekäytön kehityksestä.
- Monilta järjestöiltä ja julkisilta toimijatahoilta on valmistunut hankeseurantatutkimuksia.
- Huumetilanteesta on laadittu vuosiraportti.

Painopisteet vuonna 2005

- Päihde- ja addiktitutkimuksen tutkimusohjelman valmistelua jatketaan.
- Stakes, KTL ja Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos raportoivat tietoja koululasten huumeiden käytöstä ja aikuisväestön huumemielipiteistä, huumehoidon asiakkaista, huumeisiin liittyvistä riskitäyttäytymisestä, tartuntataudeista, rattijuopumustapauksista ja huumerikollisuudesta.
- Käynnissä olevia tutkimuksia jatketaan.
- Kansallisia ja paikallisia hankeseurantatutkimuksia tuetaan.
- Huumetilanteesta valmistetaan huumevuosiraportti.

1.2 Huumausainelainsäädäntö

1.2.1 Huumausainelaki

Vuonna 2004 asetettiin sosiaali- ja terveysministeriön päätöksellä huumausainelainsäädännön kehittämistä valmisteleva työryhmä. Työryhmä valmistelee hallituksen esityksen huumausainelaksi sekä sitä täydentäviksi valtioneuvoston asetuksiksi ja STM:n asetuksiksi siten, että kyseinen lainsäädäntö korvaisi nykyisen lainsäädännön elokuusta 2005 lähtien.

1.2.2 Kysynnän ehkäisyä koskeva lainsäädäntö

1.2.2.1 Ehkäisevä huumetyö

Yksityisyyden suojaa työelämässä koskevassa laissa (759/2004). määritellään ehdot huumausainetestaukselle työelämässä. Lain lähtökohtana on, että työnhakija tai työntekijä itse toimittaa työnantajalle todistuksen testistä.

Työnhakuvaiheessa työnantaja voi pyytää todistusta huumausainetestistä vain tehtävään valitulta henkilöltä. Työnantajalla on oikeus käsitellä todistukseen merkittyjä tietoja, jos työtehtävät edellyttävät tarkkuutta, luotettavuutta, itsenäistä harkintakykyä tai hyvää reagointikykyä. Lisäksi edellytetään, että työntekijä toimii tehtävissä, joiden suorittaminen huumeiden vaikutuksen alaisena tai huumeista riippuvaisena joko vaarantaisi (1) työntekijän tai muiden henkeä, terveyttä tai työturvallisuutta, (2) maanpuolustusta tai valtion turvallisuutta, (3) liikenneturvallisuutta, (4) työtehtävissä saatujen tietojen suojaa, (5) liike- tai ammatti salaisuutta, lisäksi työnantajan taloudellista riskiä tai (6) merkittävien ympäristövahinkojen riskiä. Oikeus testeihin on myös, jos työntekijän tehtävät edellyttävät erityistä luottamusta, jos tehtäviin kuuluu työskentely alaikäisten kanssa tai pääsy käsiksi huumeisiin.

Työsuhteen aikana työntekijä on velvollinen esittämään todistuksen huumausainetestistä, kun on perusteltua aihetta epäillä, että työntekijä on huumeiden vaikutuksen alaisena työssä tai jos työnantajalla on perusteltu epäily, että työntekijällä on riippuvuus huumeista. Lisäksi edellytetään, että testaaminen on välttämätöntä työ- tai toimintakyvyn selvittämiseksi. Työnantajalla on myös velvollisuus laatia yhteistyössä henkilöstön kanssa työpaikan huumeiden vastainen ohjelma, josta säädetään tarkemmin työterveyshuoltolain muutoksessa (740/2004).

Huumetestien ottamisesta säädetään lisäksi muutoksissa yhteystoiminnasta yrityksissä (761/2004) ja valtion virastoissa (762/2004) säädettyihin lakeihin sekä muutoksissa valtion virkamieslakiin (763/2004) kunnallisen viranhaltijasta annettuun lakiin (764/2004) ja eduskunnan virkamiehistä annettuun lakiin (193/2005). Valtioneuvoston asetuksella (218/2005) säädetään tarkemmin huumausainetestien tekemisestä, testejä tekevien laboratorioden laatuvaatimuksista (akkreditointi), tutkimusläheteiden antamisesta, työntekijän suostumuksesta läheteiden antamiseen, näytteen

otosta ja analysoinnista, testituloksen tulkinnasta ja ilmoittamisesta sekä mahdollisesta asian riitauttamisesta.

Laissa rikosrekisterilain muuttamisesta (654/2004) säädetään, milloin henkilö saa itseään koskevan otteen rikosrekisteristä voidakseen ryhtyä sellaiseen tehtävään, johon pysyväisluonteisesti ja olennaisesti kuuluu työskentelyä alaikäisten parissa ja jossa ote on lasten kanssa työskentelevien rikostaustan selvittämisestä annetun lain (504/2002) mukaan toimitettava työnantajalle tai viranomaiselle. Otteeseen merkitään tiedot päätöksestä, jolla henkilö on tuomittu sukupuolisiveellisyyttä loukkaavasta teosta, seksuaalisesta rikoksesta, taposta, murhasta, surmasta, törkeästä pahoinpitelystä, törkeästä ryöstöstä tai huumausainerikoksista.

1.2.2.2. Huumehoito

Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja -rahaetuksista säädetyn lain (566/2005) mukaan kuntoutujalla on oikeus päihdehoidon tukeen, kuntoutusrahaan, jos kuntoutus on tarpeellista kuntoutujan työelämässä pysymiseksi, työelämään palaamiseksi tai työelämään pääsemiseksi. Kuntoutusrahaa myönnetään (poikkeuksena perhekuntoutus) vain, jos siihen on haettu työpaikan hoitoonohjausjärjestelmän tai työterveyshuollon kautta. Lisäksi edellytetään, että kuntoutus suoritetaan Kansaneläkelaitoksen hyväksymässä päihdehuollon kuntoutuslaissa, ja kuntoutus perustuu hoito- tai kuntoutusohjelmaan. Kuntoutuksen osalta voidaan suorittaa harkinnanvaraista korvausta ylläpito- ja muista kustannuksista sekä kuntoutuksen jälkeiseltä ajalta harkinnanvaraista kuntoutusavustusta, jos se on kuntoutujan työllistymien kannalta erityisen tarpeellista.

1.2.2.3 Huumeisiin liittyvien terveyshaittojen vähentäminen

Tieliikennelain muutoksessa (113/2004) säädetään lääkärin ilmoitusvelvollisuudesta ajo-oikeusasiassa toimivaltaiselle poliisille ajoterveysasioissa. Sosiaali- ja terveysministeriön sovellusohjeissa esitetään, että lääkärin ilmoituksessa voidaan antaa tieto ainoastaan siitä, että ilmoituksen kohteena oleva henkilö ei täytä ajokorttiluvalle asetettuja terveysvaatimuksia ja mitä lisätoimenpiteitä lääkäri ehdottaa terveydentilan tai siitä ajokykyyn aiheutuvien vaikutusten tarkemmaksi selvittämiseksi. Ajokorttia ei saa antaa eikä uudistaa hakijalle tai kuljettajalle, joka on riippuvainen psyykeen vaikuttavista aineista tai joka, olematta riippuvainen tällaisesta aineesta, käyttää niitä säännöllisesti väärin (väärinkäyttö).

Laissa tieliikennelain muuttamiseksi (1103/2004) esitetään perusteet ajo-oikeuden haltian ajokieltoon määräämiselle. Lain mukaan rattijuopumukseen syylistynyt kuljettaja määrätään ajokieltoon vähintään yhdeksi kuukaudeksi tai törkeään liikenneturvallisuuden vaarantamiseen ja törkeään rattijuopumuksen syylistynyt vähintään kolmeksi kuukaudeksi. Uusintarikoksista ajokiellon kestoksi määrätään vähintään kuusi kuukautta, jos rattijuopumukseen syylistynyt kuljettaja on viiden vuoden aikana syylistynyt uudelleen rattijuopumukseen tai törkeään rattijuopumuksen taikka törkeään liikenneturvallisuuden vaarantamiseen. Jos tekoon on syylistynyt kahdesti tuomioistuim määrää ajokiellon vähintään vuodeksi. Tuomioistuin voi määrätä ajokiellon olemaan voimassa enintään viisi vuotta. Jos henkilö ei täytä ajokorttiluvan myöntämisen edellytyksiä tai ei toimita lääkärintodistusta tästä poliisille, ajokielto määrätään voimaan toistaiseksi.

Rautatiejärjestelmän liikenneturvallisuustehtävistä annetun eduskunnan päätöksen mukaan (1167/2004) tehtävissä ei saa toimia alkoholin tai muun huumaavan aineen vaikutuksen alaisena ja tehtävien hoitamiseen vaikuttavia lääkeaineita saa käyttää vain, jos rautatiealan tai työterveyshuollon asiantuntijalääkäri hyväksyy niiden käytön liikenneturvallisuustehtävien hoitamisen yhteydessä.

1.2.2.4 Huumeisiin liittyvien sosiaalisten haittojen vähentäminen

Laissa järjestyslain muuttamisesta (528/2005) kielletään päihdyttävän aineen nauttiminen yleisellä paikalla taajamassa, rajanylityspaikoilla sekä julkisessa liikenteessä olevassa kulkuneuvossa. Kielto ei koske alkoholijuoman nauttimista puistoissa tai siihen verrattavissa paikoissa, jos se ei vaikeuta kohtuuttomasti muiden oikeutta käyttää paikkaa varsinaiseen tarkoitukseensa. Koska huumausaineiden käyttö on aina rikoslain alaista toimintaa, sen käyttö järjestyslain mukaisissa paikoissa on aina kiellettyä.

Nuorisorangaistuksesta annetun lain (1196/2004; 1284/2004) mukaan alle 18-vuotiaana tehdystä rikoksesta voidaan tuomita nuorisorangaistus, jonka pituus on vähintään neljä kuukautta ja enintään vuosi. Tuomitulle järjestetään rangaistuksen ajan valvontatapaamisia, valvonnan alaisena suoritettavia sosiaalista toimintakykyä edistäviä tehtäviä ja valvonnassa tapahtuvaa työelämään ja työn tekemiseen perehtymistä. Tilaisuuksia, joihin tuomittu on velvollinen osallistumaan, saa viikoittain olla enintään kahdeksan tuntia. Kriminaalihuoltolaitoksen on virallisen syyttäjän tai

tuomioistuimen pyynnöstä ennen nuorisorangaistuksen tuomitsemista laadittava rangaistuksen toimeenpanosuunnitelma. Tuomittu ei saa olla valvontatapaamisessa tai muissa edellä olevissa tilaisuuksissa käyttää alkoholia tai muuta päihdyttävää ainetta tai olla päihdyttävän aineen vaikutuksen alaisena.

Jos nuorisorangaistukseen tuomittu menettelee säädettyjen velvollisuuksiensa vastaisesti, hänelle on ensin annettava siitä suullinen tai kirjallinen huomautus, sitten kirjallinen varoitus ja lopulta nuorisorangaistuksen suorittaminen voidaan keskeyttää ja tuomittu tuomita suorittamatta jääneen nuorisorangaistuksen osan sijasta muuhun rangaistukseen. Ennen näitä toimia tuomitulle on kuitenkin varattava tilaisuus tulla kuulluksi.

Vankeuslain (767/2005)¹³ mukaan tuomittu voidaan sijoittaa vankilan suljetun osaston sijaan suoraan vapaudesta avolaitokseen, jos hänen suoritettavanaan on sakon muuntorangaistus tai enintään yhden vuoden vankeusrangaistus ja jos vanki sitoutuu päihdeettömyyteen ja sen valvontaan. Suljetulla osastolla vankeusvangille on varattava mahdollisuus asua osastolla (sopimusosasto), jolla vangit sitoutuvat päihdeettömyyden valvontaan ja osastolla järjestettävään toimintaan. Vanki voidaan siirtää suljetusta vankilasta avolaitokseen määräajaksi, jos siirto edistää rangaistusajan suunnitelman toteutumista, ja vanki noudattaa osastossa toteutettavia ohjelmia sekä sääntöjä ja sitoutuu olemaan käyttämättä päihteitä - sekä hyväksyy päihdeettömyyteen liittyvän valvonnan. Vanki, jolla on päihdeongelma, voidaan myös sijoittaa määräajaksi vankilan ulkopuoliseen laitokseen, jossa hän osallistuu päihdehuoltoon tai hänen selviytymismahdollisuuksiaan parantavaan toimintaan - eikä käytä päihteitä ja sitoutuu noudattamaan liikkumista koskevia ehtoja. Vankilan järjestämien toiminnan tarkoituksena on edistää vangin sijoittautumista yhteiskuntaa vahvistamalla hänen valmiuksiaan rikoksettomaan elämäntapaan, ylläpitämällä ja vahvistamalla hänen ammatillista osaamistaan sekä tukemalla vangin päihdeetöntä elintapaa.

Lain mukaan jos on syytä epäillä, että vanki on alkoholin tai muun päihdyttävän aineen vaikutuksen alainen, vanki voidaan velvoittaa antamaan veri- tai sylkinäyte taikka suorittamaan puhalluskoe. Vieroitusoireista kärsivän vangin terveydentilan tarkkailemiseksi häntä voidaan valvoa teknisesti ympärivuorokautisesti. Hänet voidaan myös eristää jatkuvan päihdyttävien aineiden käytön tai huumausainerikoksen estämiseksi. Jos hänen epäillään pitävän hallussaan kiellettyjä aineita (esimerkiksi huumausaineita), hänelle voidaan tehdä henkilötarkastus (vaatteiden tarkastaminen), ja

¹³ Ks. tarkemmin myös tutkintavankeutta koskeva laki (768/2005).

henkilönkatsastus (koko kehon tarkastaminen), jos vankia epäillään rikoksesta, jonka ankarin rangaistus on enemmän kuin kuusi kuukautta, tai huumausaineiden käyttörikoksesta. Pakkokeinolain muutoksella (769/2005) esitutkinnan ollessa kesken voidaan rajoittaa tutkintavangin yhteydenpitoa muuhun henkilöön, jos on perusteltua syytä epäillä, että yhteydenpito vaarantaa tutkintavankeuden tarkoituksen.

1.2.3 Huumetarjonnan rajoittamista koskeva lainsäädäntö

Rikoslain muutoksella (650/2004) rikoksista oikeudenkäyttöä vastaan voidaan tuomita törkeän rikoksen ilmoittamatta jättämisestä sakkoon tai vankeuteen enintään kuudeksi kuukaudeksi se, joka tietää törkeän huumausainerikoksen olevan hankkeilla eikä ajoissa, kun rikos olisi vielä estettävissä, anna siitä tietoa viranomaiselle tai sille, jota vaara uhkaa, jos rikos tai sen rangaistava yritys tapahtuu.

Pakkokeinolain muutoksella (651/2004) annettiin rikoksen esitutkintaa toimittavalle viranomaiselle lupa kuunnella ja tallentaa televiestejä, kun henkilöä on syytä epäillä huumausainerikoksesta ja jos saatavilla tiedoilla voidaan olettaa olevan erittäin tärkeä merkitys rikoksen selvittämiseksi. Samalla voidaan antaa lupa kohdistaa teknistä kuuntelua myös sellaiseen vakituiseen asumiseen tarkoitettuun tilaan, jossa epäilty todennäköisesti oleskelee, jos rikoksen selvittäminen olisi olennaisesti vaikeampaa käyttämällä vähemmän oikeuksiin puuttuvia pakkokeinoja.

Poliisilain muutoksella (525/2005) täsmennetään poliisin tiedonhankintaa koskevia säännöksiä. Säännösten mukaan teknisen kuuntelun ja vankilassa tapahtuvan teknisen katselun edellytyksenä on, että henkilön käyttäytymisestä tai muutoin voidaan päätellä hänen syyllistyvän rikoksiin, joista yksi rikostyyppi on huumausainerikos. Vastaavalla perusteella ja välittömän henkeen tai terveyteen kohdistuvan vaaran torjumiseksi televalvontaa voi kohdistaa henkilön tai hänen oletettavasti muuten käyttämänsä teleliittymään, teleosoitteeseen tai telepäätelaitteeseen taikka tilapäisesti sulkea tällainen liittymä tai laite, sekä antaa lupa saada tieto niistä matkaviestimistä, joista tiettyä aikana kirjautuu tieto tietyn paikan läheisyydessä sijaitsevan tukiaseman kautta telejärjestelmään. Peitetoiminnan edellytyksenä on edelleen törkeä huumausainerikos ja valeoston edellytys on, että se on välttämätöntä sellaisen rikoksen paljastamiseen, josta säädetty ankarin rangaistus on vähintään kaksi vuotta vankeutta (esimerkiksi huumausainerikos). Telekuuntelusta, televalvonnasta, tiedon hankkimisesta matkaviestimien sijainnista sekä teknisestä tarkkailusta, joka edellyttää tarkkailuun

käytettävän laitteen sijoittamista tilaan, jossa tarkkailtava oleskelee, päättää tuomioistuin. Jos toimenpide ei siedä viivytystä, päällystöön kuuluva poliisimies päättää toimenpiteestä siihen asti, kunnes tuomioistuin on ratkaissut luvan antamista koskevan vaatimuksen. Peitetoiminnasta päättää sisäasiainministeriön asetuksella säädetyn poliisiyksikön päällikkö, valeostosta päättää kihlakunnan poliisilaitoksen, keskusrikospoliisin tai suojelupoliisin päällikkö taikka hänen määräämänsä päällystöön kuuluva poliisimies.

Poliisi voi, silloin kun se on välttämätöntä tarkkailun, teknisen tarkkailun, valeoston, peitetoiminnan ja tietolähdetoiminnan paljastumisen estämiseksi, käyttää harhauttavia tai peiteltyjä tietoja. Lisäksi poliisin henkilöstöön kuuluva ei ole velvollinen ilmaisemaan hänelle hänen palvelussuhteessaan tietoja luottamuksellisesti antaneen henkilöllisyyttä eikä paljastamaan valeostajana tai peitetoiminnassa toimineen henkilöllisyyttä koskevaa tietoa, jos tiedon ilmaiseminen vaarantaisi valeostajan tai peitetoiminnassa toimineen tai tämän läheisten turvallisuuden.

1.2.4 Kansainvälistä yhteistyötä koskeva lainsäädäntö

Lailla omaisuuden tai todistusaineiston jäädyttämistä koskevien päätösten täytäntöönpanosta Euroopan unionissa (540/2005). Päätöksen kansallisen toimeenpanon edellytyksenä esitetään, että teko olisi Suomessa vastaavissa olosuhteissa tehtynä rikos. Ja vaikka Suomessa asia ei ole rikos vastaavissa olosuhteissa, Suomi ei voi kieltäytyä toimesta, jos teko on jäädyttämisspäätöksen tehneen jäsenvaltion lain mukaan rikos, josta säädetty ankarin rangaistus on vähintään kolmen vuoden vapausrangaistus.

1.2.5. Huumetutkimusta koskeva lainsäädäntö

Huumausaineisiin liittyviä tutkimuksia säätelevät muutakin tutkimusta koskevat normit. Vuoden aikana on annettu lakimuutos lääketieteellisestä tutkimusta annetun lakiin (295/2004). Muutoksessa korostetaan, että lääketieteellisessä tutkimuksessa tulee kunnioittaa ihmisarvon loukkaamattomuuden periaatetta, ennen tutkimukseen ryhtymistä on tutkimussuunnitelmasta

saatava eettisen toimikunnan myönteinen lausunto ja että ihmiseen kohdistuvaa lääketieteellistä tutkimusta ei saa suorittaa ilman tutkittavan kirjallista, tietoon perustuvaa suostumusta.

1.3. Huumeisiin liittyvät kustannukset

Huumausaineet ja lääkeaineiden väärinkäyttö aiheuttaa yhteiskunnalle vuosittain noin 190 - 272 miljoonan Euron haittakustannukset, mukaan lukien poliisi- ja pelastustoimen, oikeus- ja vankeinhoidon, omaisuusvahinkojen, sosiaalihuollon, terveydenhuollon, eläkkeiden sekä tutkimuksen ja ehkäisevän työn kustannukset. Kustannuksiin liittyvien julkisen hallinnon yleisten toiminta- ja käyttömäärärahojen osalta voidaan verrata hallinnonaloittain vuodelle 2004 varattuja projektimäärärahoja edellisen, vuosille 2001 - 2003 tehdyn huumeiden vastaisen toimintaohjelman kustannuksiin.

Vuoden 2004 - 2007 huumausainepoliittisen toimintaohjelman aiheuttamat erilliskustannukset vastaavat vuoden 2004 budjettiesityksen mukaan edellisen huumausainepoliittisen ohjelma viimeisen vuoden 2003 kustannuksia. Suurimmat muutokset koskevat hoitoa, josta poistuu vuosiksi 2002 - 2003 osoitetun 7,5 miljoonan euron erityismääräraha ja tänä aikana käynnistettyjen hoito toimien rahoituksen oletetaan siirtyvän kuntien normaalibudjettiraameihin. Poliisitoimen ja tullin esittämät toimintamenot kuvaavat entisen toimintaohjelman kuvaamien lisäresurssien sijasta huumeiden torjuntaan käytettyjä kokonaismenoja, joten luvut eivät ole vertailukelpoisia edellisten vuosien lukuihin.

Taulukko 5. Huumausainepoliittisten ohjelmien 2001 - 2003, 2004 - 2007 arvioidut resurssit (miljoonaa euroa)¹⁴

	2001	2002	2003	2004
Sosiaali- ja terveys-ministeriön hallinnonala				
- terveyden edistäminen	1,01	1,01	1,01	1,01
- valtionavustus kunnille huumehoitoon		7,57	7,57	
- valtionavustus kunnille sos.&terv.huollon kustannuksiin		8,55		
- Rahapeliyhteisön tuotoista myönnettävät avustukset		8,8	9,0	10,2
- alaiset laitokset		0,23	0,64	0,58
Opetusministeriön hallinnonala				
- henkilökoulutus ja muut toimintamenot	0,67	0,84	0,84	
- ennalta ehkäisevä huumetyö		0,84	0,84	0,84
Sisäasiainministeriön hallinnonala				
- poliisitoimen toimintamenot	1,68	1,68	1,68	(9,5?)
- lisämäärärahaesitys vakavan huumerikollisuuden torjuntaan		(3,2)	(3,2)	(25,5?)
Oikeusministeriön hallinnonala				
-toimintamenot rikosentorjuntahankkeeseen		0,03	0,03	0,03
- rangaistuksen täytäntöönpano	0,67	1,35	1,35	1,35
- syyttäjä- ja ulosottolaitoksen toimintamenot	0,42	0,42	0,42	0,42
- oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen toimintamenot		0,07	0,07	0,07
Valtiovarainministeriön toimintamenot				
- tullilaitoksen toimintamenojen lisämäärärahaesitys (2002)	0,5	(1,01)	(1,5)	(5,3?)
Ulkoasianministeriö				
- Vapaaehtoinen avustus UNDCP:lle	0,33	0,02	0,02	0,1
- Avustus/ Tuki UNDCP:lle				0,7
- - Afganistanin tilanteen seurantaan		0,05		
- - huumeidenviljelyn vastaiselle hankkeelle Afganistanissa		0,5		
- - Uzbekistanin Hayretonin raja-aseman kehittämiseen		0,2	0,2	
- - esitys muille Keski-Aasian hankkeille			(0,3)	
- - suomalaisen apulaisasiantuntijan toiminnalle Moskovassa		0,08		
- Hanketuki huumeiden vastaiselle toiminnalle lähialueilla				0,4

¹⁴ Valtioneuvoston periaatepäätös huumausainepoliitiikan tehostamisesta (2000) ja valtioneuvoston periaatepäätös huumausainepoliittisesta toimintaohjelmasta 2004 - 2007 (2004). Suluissa olevat luvut kuvaavat kustannuksia, jotka eivät ole kohdentuneet vain ja ainoastaan huumausainerikoksiin.

1.4. Mieliapiteet huumeista

Vuoden 2004 aikana eduskunnan täysistunnoissa pidetyissä puheenvuoroissa mainittiin huumevajaat 150 kertaa kaikista yli 10 000 täysistuntopuheenvuorosta. Huumeapuheenvuoroista neljännes käsitteli sisäistä turvallisuutta ja huumeakauppaa (muun muassa osana kehitysyhteistyötä), neljännes huumeetestejä, 15 % sekä hoitoa ja ehkäisevää työtä että huumerikollisuutta ja noin 10 % huumeiden käyttäjiä vankiloissa. Eduskuntapuheissa käsitellyt teemat heijastavat painopisteiltään hallituksen esittelemiä ohjelmia, tiedonantoja ja selontekoja sekä lakiehdotuksia, kuten budjettia ja muutosesityksiä lakiin yksityisyyden suojasta työelämässä (huumeetetit) sekä rikoslain muutosta koskien ihmiskauppaa, paritusta ja prostituutiota tai valtioneuvoston selontekoa turvallisuus- ja puolustuspolitiikasta. (Eduskunnan täysistuntojen pöytäkirjat 2003, 2004)

Eduskunnan huumeapuheenvuorojen lukumäärä on ollut lähes sama ajanjaksoilla 1.7.2003 -1.7.2004 ja 1.7.2004- 1.7.2005. Teemasta käydyn keskustelun laajuus ei ole juurikaan muuttunut kolmen viime vuoden aikana. Sen sijaan aiheesta käytettyjen puheenvuorojen lukumäärä on vain puolet puheenvuorojen määrästä, joita huumeista käytettiin eduskunnassa vastaavana ajankohtana vuosina 1999 - 2000, 2000 - 2001 ja 2001 - 2002. Tämän voidaan katsoa ilmentävän huumeilmiöön liittyvän kohun tasaantumista suomalaisessa yhteiskunnassa ja myös sen lainsäädännöllisen aktiivisuuden vähenemistä, jota tarvittiin vielä 2000-luvun vaihteessa, kun pyrittiin nopeasti kehittämään huumeiden vastaisia toimia yhteiskunnallisesti uuden ilmiön hallitsemiseksi suomalaisessa yhteiskunnassa.

Vuoden 2004 aikuisväestön terveyteen vaikuttavien elintapojen seurantatutkimuksessa (AVTK) mitattiin väestön käsitystä huumausainetilanteen vakavuudesta (Piispa ym. 2005). Vuoden 2004 tulosten vertailu kolmen aikaisemman vuoden tuloksiin osoittaa, että huumausaineiden käytön vakavaksi ongelmaksi arvioivien (81 %) osuus on kolmessa vuodessa pudonnut 9 prosenttiyksikköä. Ääripäinä vertailussa nousevat esiin 15 - 24 -vuotiaat miehet, joiden keskuudessa huumeiden käyttöä vakavana ongelmana pitävien osuus on vuosina 2001 - 2004 pudonnut 75 prosentista 56 prosenttiin. Vielä selvemmin arvioiden lieventyminen ilmenee siinä, että huumausaineiden käytön erittäin vakavaksi ongelmaksi (40 %) arvioivien osuus on laskenut 18 prosenttiyksikköä. Nämä muutostrendit ovat toteutuneet sekä miesten että naisten keskuudessa ja kaikissa ikäryhmissä. Huumeiden kokeilijoita tietävien ja huumetarjonnan kohteena olleiden (vrt. luku 10) arviot huumeongelman vakavuudesta olivat selvästi lievemmät. Näin voisi arvioida, että siellä, missä huumeita käytetään yleisemmin, huumehuoli on harvinaisempaa kuin siellä

(vanhemmissa ikäryhmissä ja myös maaseudulla), missä omakohtainen kosketus huumeilmiöihin on vähäinen.

Vastaavasti vuoden 2004 nuorisobarometrissä¹⁵ huumausaineita suurena riskinä pitäneiden osuus oli yli 80 %, mutta huumausaineita ei pitänyt lainkaan riskinä 7 % vastaajista. Alimmassa 15 - 19 -vuotiaiden ikäryhmässä huumausaineita ei pidä riskinä 10 %. Ammatillisen tutkinnon suorittaneista nuorista 90 % tyrmäsi huumeiden käytön hyväksyttävyyden, kun korkeakoulun suorittaneista tätä mieltä oli 84 %. Alueellisesti pääkaupunkiseudulla huumeiden käyttö koettiin selvästi hyväksyttävämmäksi, sillä vai 75 % suhtautui siihen ehdottoman kielteisesti. Vastanneista 18 % katsoi, että huumeet kuuluvat tavalla tai toisella nuorten arkeen. (Hirvola 2004)

AVTK-tutkimuksessa muutostrendi näkyy myös arvioitaessa huumausaineiden käytön tason tulevaa kehittymistä. Tutkittavista vuonna 2004 noin 28 % arvioi huumausaineiden käytön vähentyvän tai pysyvän entisellään, kun arvio vuonna 2001 oli vielä noin 12 %. Erityisesti 15 - 24 -vuotiaiden ikäryhmässä, jossa tutkimusten mukaan kokeilukäyttö on yleisintä, huumausaineiden käytön vähentymistä tai ennallaan pysymistä odotti yli 45 %, missä oli lisäystä kolmen vuoden takaiseen tietoon lähes 25 prosenttiyksikköä.

Aineista kannabis erottautui selvästi muista. Kannabiksen kohdalla enemmistö (kaksi kolmasosaa) oli sitä mieltä, että aine on mieto, kun osuus vielä kolme vuotta sitten oli selvästi alle puolet vastanneista. Kaikki muut kysytyt huumausaineet enemmistö arvioi koviksi. Joka viides kertoi systemaattisesti, että he eivät osaa tehdä mainittua luokittelua. Lisäksi lähes joka kolmas oli sitä mieltä, ettei mainittua erottelua pidä tehdä.

Tutkijoiden mukaan tuloksien voidaan katsoa kuvastavan sitä, että huumeaallon 1990-luvulla tapahtuneen nopean nousun ja vakavien huumehaittojen (mm. äkkikuolemat) synnyttämä säikähähdys on menossa ohi. Huumeiden käytön kulttuurista hyväksymistä kuvatut suomalaisten mielipiteiden ja arvioiden muutokset eivät kuitenkaan merkitse. Huumeasenteiden tiukkuus Suomessa on tullut vuosien 2001 - 2004 AVTK-tutkimuksissa selvästi esiin siinä, että neljä viidestä pitää huumausaineita vakavana ongelmana ja kolmannes kaikkia huumausaineita yhtälailla vaarallisina.

¹⁵ Nuorisobarometrissä haastateltiin vuoden 2003 joulukuussa 15 - 29 -vuotiaista puhelimitse 1820 henkilöä. Otos muodostettiin väestörekisteristä tasaväliotantana.

2. Huumeiden kokeilu ja käyttö¹⁶

Vuoden 2004 väestökyselyn mukaan 15 - 69 -vuotiaassa väestössä joskus kannabista kokeilleiden osuus oli 12 %, mikä oli sama kuin vuoden 2002 kyselyssä. Vuosien 2002 ja 2004 osalta 15 - 34 -vuotiaiden osuus (22 %) on myös pysynyt samana. Viimeisen vuoden aikana kokeiluprosentti oli 3 %, mikä on pysynyt samana kuin vuosien 1998 ja 2002 kyselyissä. Tulosten mukaan näyttäisi siltä, että yhä harvempi 15 - 24 -vuotias aloittaa kannabiskokeilut. Toisaalta joka kolmas jatkaa kannabiksen käyttöään ensikokeilujen jälkeen. Myös nuorempia, 15 - 18 -vuotiaita koskevat tutkimukset osoittavat huume-kokeilujen kasvun pysähtyneen ja osassa maata jopa lähteneen laskuun.

2.1. Huumeiden käyttö koko väestössä¹⁷

Huumausaineiden kokeilujen levinneisyyden trendiä, altistumista sosiaalisesti huumeille, on vuonna 2004 arvioitu erityisesti huumeiden käyttöä ja huumeasenteita koskevalla väestökyselyllä sekä myös suppeammalla aikuisväestön terveystietäytymisen vuosittaisella seurantakyselyllä, jossa kysytään henkilön mahdollisia huumekontakteja - mutta ei suoraan henkilökohtaista huumeidenkäyttöä.

Vuoden 2004 väestökyselyn¹⁸ mukaan 15 - 69 -vuotiaassa väestössä joskus kannabista kokeilleiden osuus oli 12 %, mikä oli sama kuin vuoden 2002 kyselyssä. Vuosien 2002 ja 2004 osalta 15 - 24 -vuotiaiden osuus (21 %) on laskenut 4 prosenttiyksiköllä ja 25 - 34 -vuotiaiden osuus (23 %) vastaavasti kasvanut neljällä prosenttiyksiköllä. Viimeisen vuoden aikana kokeiluprosentti oli 3 %, mikä on pysynyt samana kuin vuosien 1998 ja 2002 kyselyissä ja myös eri ikäluokissa luvut ovat samat kuin vuonna 2002. Kuukauden aikana kannabista oli käyttänyt 2 % aikuisista, kun kahden edellisen kyselyn aikana prosentti oli 1 %. Ikäluokassa 15 - 24-vuotiaat käyttö on kasvanut 4 prosentista uusimman kyselyn 6 prosenttiin. Muutos on kuitenkin niin pieni, että se voi johtua myös satunnaisvaihtelusta. Miesten osuudet kokeilijoista olivat jonkin verran naisten osuuksia

¹⁶ Vrt. Virtanen 2004, luku 2.1 ja 2.2.

¹⁷ Ks. myös tietokioski tai tilastotiedote: <http://annualreport.emcdda.eu.int/fi/home-fi.html>

¹⁸ Väestökyselyn kohdistettiin postikyselyinä 15 - 69-vuotiaalle väestönosalle ja otos oli 1786 henkilön paneeliotos + tästä riippumaton 2206 henkilön poiminta väestörekisteristä. Vastausprosentti oli 63 %, paneeliaineistossa 76 % ja lisäotoksessa 53 %. (Hakkarainen ym. 2005)

suuremmat, joskus elämänsä aikana kokeilleista 14 % ja 10 % sekä viimeisen vuoden aikana kokeilleista 3,5 % ja 2.5 %. (Hakkarainen ym. 2005)

Taulukko 6. Huumeita kokeilleiden osuus (%) 15 - 34 -vuotiaista aikuisista vuonna 2004

	Joskus elinaikana			Viimeisen vuoden aikana			Viimeisen kuukauden aikana		
	Kaikki	15-24-v	25-34-v	Kaikki	15-24-v	25-34-v	Kaikki	15-24-v	25-34-v
Kannabis	12	21	23	3	10	4	2	6	2
Amfet.	2	4	5	0,5	2	0,5	--	1	--
Ekstaasi	1	3	3	0,5	2	0,5	--	1	--

Muiden huumeiden osalta joskus huumeita kokeilleiden osuus vaihteli amfetamiinien 2 prosentista heroisiin 0,5 prosenttiin. Nuorten 15 - 34 -vuotiaiden aikuisten osalta kokeiluprosentit ovat myös muiden aineiden osalta korkeammat, ja jonkin verran ryhmässä on myös kokeiltu viihdekäyttöön liittyviä ekstaasia (3 % elämänsä aikana) ja kokaiinia (2 %).

Vuoden 2004 kyselyssä on myös arvioitu huumeiden, tässä tapauksessa kannabiksen käytön aloittamista ja jatkumista. Käytön aloittamista kuvataan sillä, moniko (uusi) käyttäjä (%) on vuoden aikana aloittanut kannabiksen käytön, so. on kokeillut kannabista ensimmäisen kerran kuluneen vuoden aikana. Käytön jatkumista puolestaan kuvataan sillä, moniko (%) joskus kokeilleista on kokeillut kannabista vielä viimeisen vuoden aikana. Tulosten mukaan uusia käyttäjiä oli 0,5 % koko väestöstä, naisten osalta 0,8 % ja miesten 0,2 %. Eniten uusia käyttäjiä oli nuorimmassa 15-24 -vuotiaiden ikäluokassa, josta 2 % kokeili kannabista ensi kerran kuluneen vuoden aikana. Käytön jatkuvuutta tarkasteltaessa joskus kannabista kokeilleista 18 % kokeili sitä myös viimeisen vuoden aikana, miehistä 21 % ja naisista 14 %. Luku on korkein 15- 24 -vuotiaiden osalta (36 %) ja laskee iän mukaan noin puolella joka 10 -vuoden ikäluokkaa kohden. Tulosten perusteella voi arvioida, että iän myötä innostus huumeiden käyttöön vähenee selvästi.

Vertailtaessa vuoden 2004 tuloksia vuosien 1998 ja 2002 tuloksiin mielenkiintoisin muutos löytyy 15 - 24 -vuotiaiden ensikokeilijoiden osalta. Tulosten mukaan näyttäisi siltä, että yhä harvempi 15 - 24 -vuotias aloittaa kannabiskokeilut, sillä uusien kokeilijoiden osuus on systemaattisesti laskenut: 3,4 % vuonna 1998, 2,5 % vuonna 2002 ja 2,0 % vuonna 2004. Näin voisi arvioida myös huumeita joskus kokeilleiden osuuden laskevan tässä ikäryhmässä ajan myötä, mistä ensimmäisiä merkkejä näkyy jo

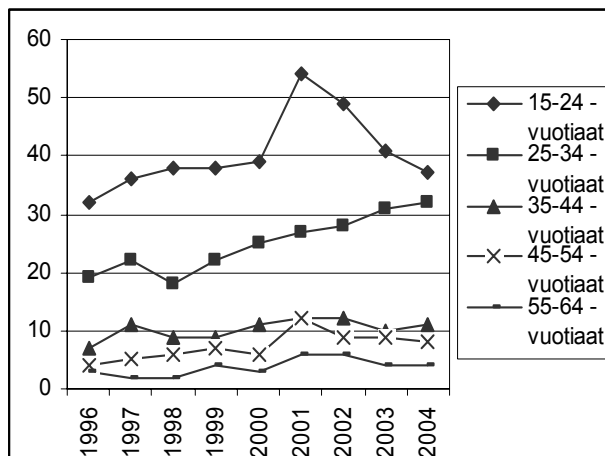
kahden viime vuoden aikana. Kuitenkin joka mittauksessa kolmannes 15 - 24 -vuotiaista kokeilijoista on ensikokeilujen jälkeen jatkanut käyttöönsä.

Vuoden 2004 kyselyn tulosten mukaan huumeiden käyttö ja alkoholin humalakäyttö liittyvät läheisesti toisiinsa. Tulosten mukaan joskus kannabista kokeilleiden riski olla humalassa (kriteerinä yli 6 annosta á 1,5 cl absoluuttialkoholia) on lähes nelinkertainen suhteessa niihin, jotka eivät ole koskaan käyttäneet huumeita ja joille ei huumeita ole myöskään tarjottu. Sama pätee henkilöihin, jotka käyttävät useita huumeita. Erityisesti kannabiksen käyttäjien osalta vastaava yhteys on lähes kymmenkertainen. Kannabista tai useita huumeita käyttäneistä yli puolet on ollut humalassa ennen 13 ikävuottaan, kun taas humalassa alle 13 -vuotiaiden osuus on alle 10 % niistä, joille huumeita ei ole tarjottu ja jotka eivät niitä ole käyttäneet. Tulosten mukaan myös ravintolakäyntien määrä kuukaudessa korreloi huumeiden kokeilun ja käytön kanssa.

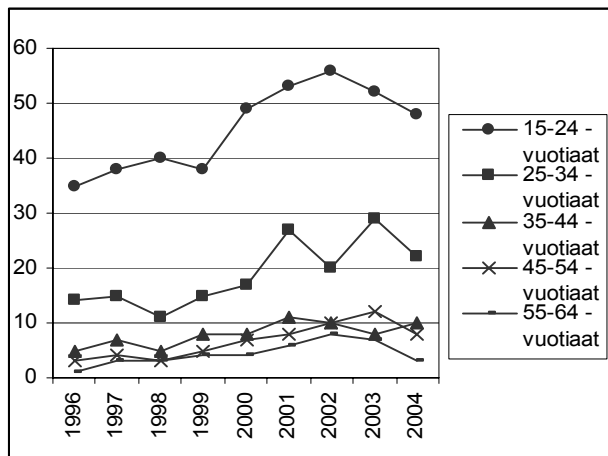
Vuosittaista aikuisen väestön terveyskäyttäytymistä koskevan tutkimuksen (AVTK) mukaan huumeiden käyttäjiä sanoi tuntevansa 17 % sekä miehistä että naisista. Huumeiden käyttäjiä tunnettiin selkeästi enemmän kaupungeissa ja ikäluokassa 15 - 24 -vuotiaat. Tässä ikäluokassa naisten ystäväpiirissä oli miesten ystäväpiiriä useammin huumeita kokeilleita. Alueellisesti huumeiden käyttäjiä tunnettiin eniten Etelä-Suomessa (Uusimaa) sekä suurissa kaupungeissa. Yli 5 huumeiden käyttäjää tunteneiden osuus kaikista vastaajista oli noin 3 % mutta nuorimmassa ikäluokassa osuudet olivat 9 % miehistä ja 11 % naisista. (Piispa ym. 2005)¹⁹ Mielenkiintoista on, että tässä tutkimuksessa yli 5 huumeiden käyttäjää tuntevien väestöosuudet ovat lähellä väestöosuuksia, jotka edellä esitetystä vuoden 2004 väestötutkimuksessa kuvaavat viimeisen vuoden aikaista huumeiden käyttöä.

¹⁹ **Aikuisväestön terveyskäyttäytymistutkimuksessa** tutkimusaineistoksi poimittiin 5000 henkilön satunnaisotos 15 – 64 – vuotiaista suomalaisista. Kyselyn vastausprosentti oli 68 % (67% vuonna 2003) , miehillä 61 % (60 %) ja naisilla 74 % (73%). (Piispa ym. 2005).

**Kuvio 13a. Huumeita kokeilleita tuttavina (%)
15-64 -vuotiaat miehet 1996 -2004**



**Kuvio 13b. Huumeita kokeilleita tuttavina (%)
15-64 -vuotiaat naiset 1996 - 2004**



Suomessa huumeiden käyttöä on tulkittu sukupolvi-ilmiönä.²⁰ Huumetrendit ovat seuranneet kansainvälisiä virtauksia, mutta täällä käytön suhdannevaihtelut ovat olleet poikkeuksellisen voimakkaita. Suomessa on kansainväliseen tapaan ilmennyt kaksi suurempaa huumeaaltoa, toinen 1960- ja toinen 1990-luvulla. Nimitys on ollut osuva, sillä aaltojen välillä 1970-luvun puolivälistä 1990-luvun alkuun kokeilu ja käyttö olivat hyvin alhaisella tasolla.

Suomessa kannabiksen käytön leviäminen tapahtui hitaasti 1960-luvun alussa. Ensin kokeilu ja käyttö keskittyivät kapeaan ydinryhmään, joka muodostui lähinnä muusikoista, taiteilijoista ja boheemeista, sitten käyttö levisi pienistä piireistä useisiin erilaisiin ryhmiin, opiskelijoihin ja koululaisiin. 1970-luvun alussa käyttäjien ja kokeilijoiden määrän Suomessa arvioitiin olleen korkeimmillaan 30 000–40 000. Heistä suuri osa asui pääkaupunkiseudulla. Kokeilujen ja käytön määrä taittui voimakkaaseen laskuun 1970-luvun alussa. Keskeisin syy aallon voimakkaalle taittumiselle oli kansainvälisessä nuorisokulttuurissa tapahtuneet muutokset, hippiaatteen suosion lasku. (Salasuo 2005)

Huumeiden kokeilun ja käytön lisääntyminen 1990-luvulla oli 1960-luvun tapaan nuoriso- ja sukupolvi-ilmiö. Teknokulttuuri levisi 1980-luvun lopussa pienenä underground-liikkeenä myös Suomeen. Ilmiö alkoi popularisoitua vasta 1990-luvun puolivälissä erityisesti nuorten aikuisten keskuudessa. 1990-luvun loppupuolella ilmiö monimuotoistui, eikä se enää rajautunut kaupunkilaisnuorten marginaaliseksi juhlimismuodoksi. Nykyisin juhlimiseen kytkeytyvää viihdekäyttöä ei voidakaan tarkastella ainoastaan tekno- ja ravekulttuurin osana, vaan pikemminkin laajempaan nuorisokulttuurisena virtauksena. Lähitulevaisuudessa nähdään, hajoaako tämä

²⁰ Ks. myös osa B, kappale 14.

nuorisokulttuurinen ilmiö uusien sukupolvien myötä, vai onko huumeista on tullut pysyvä osa suomalaista yhteiskuntaa. (Salasuo 2005)

2.2 Koululaisten huumeiden käyttö²¹

Nuorten huumeiden kokeilujen ja käytön trendejä arvioidaan joka neljäs vuosi tehtävien, valtakunnallisten koululaiskyselyjen (ESPAD, HBSC) avulla, jotka ovat samalla osa vastaavia eurooppalaisia vertailututkimuksia²², sekä osana alueellisia, kahden vuoden välein tehtäviä kouluterveystutkimuksia.²³

ESPAD-tutkimuksen (Ahlström, S. ym. 2003) mukaan 15 - 16 -vuotiaista 11 % oli joskus elämänsä aikana kokeillut jotain laitonta huumetta, kun luku vuonna 1999 oli 10 %. Vuodesta 1995 vuoteen 1999 kokeilut lähes kaksinkertaistuvat, mutta sen jälkeen kokeilutasossa ei ole näkyvissä enää suurta kasvua. Laittomien huumeiden kokeilut olivat yleensä kannabiskokeiluja. Myös joka toinen vuosi eri lääneissä kunnittain tehtävän kouluterveyskyselyn mukaan huume-kokeilut eivät ole enää lisääntyneet 2000 -luvulla, vaan eräillä alueilla jopa vähentyneet (Luopa ym. 2005). Länsi- ja Pohjois-Suomessa 15 - 16 -vuotiaista joskus huumeita kokeilleiden osuus oli vuonna 2003 noin 7 % ja vuoden 2004 vastaavassa koulukyselyssä Etelä-, Itä- ja Pohjois-Suomessa 9 %. Samojen tutkimusten mukaan Länsi- ja Pohjois-Suomessa 17 - 19 -vuotiaiden osalta joskus huumeita käyttäneiden prosenttiosuus oli 12 % ja Etelä-, Itä- ja Pohjois-Suomen osalta 16 %.

Viimeisen vuoden aikana jotain laitonta huumeita kokeilleiden 15 - 16 -vuotiaiden osuus koko ikäluokasta oli ESPAD-tutkimuksessa 7,5 %. Viimeisen kuukauden aikana osuus oli 2,5 %. Lähes samat tulokset saatiin WHO:n vuoden 2002 koululaistutkimuksesta (HBSC, 2003), jonka mukaan 15 - vuotiaista 10 % oli kokeillut kannabista joskus elämänsä aikana ja 7,5 % viimeisen vuoden aikana. Jälkimmäisen tutkimuksen mukaan säännöllisiä käyttäjiä oli 2,5 % ja raskaasti huumeita käyttäviä 0,5 %.

²¹ Ks. myös tietokioski tai tilastotiedote: <http://annualreport.emcdda.eu.int/fi/home-fi.html>.

²² Viimeisin näistä kyselyistä on vuonna toteutettu 2003 ESPAD-kysely, johon osallistui 200 koulua ja 3 321 oppilaista peruskoulun 9. luokalta. Tietoja kerättiin samalla tiedonkeruumenetelmällä kuin vuosien 1995 ja 1999 kyselyissä. Vastausprosentti oli 92 % vuonna 2003. (Ahlström ym. 2003). Ks. myös EMCDDA:n Annual Report 2004 -Internetsivuilta, Standard Table 2. WHO-terveyskäyttätymiskysely (HBSC) tehtiin Suomessa 2002. Otos 15-vuotiaista oli 1745 koululaista (ks. HBSC 2003).

²³ Kouluterveyskysely täytettiin peruskoulun 8. ja 9. luokissa sekä lukioiden 1- 2. luokissa niissä kunnissa (ja niiden kuntien kouluissa), jotka halusivat vapaaehtoisesti osallistua kyselyyn. Kyselyt suoritetaan joka toinen vuosi Länsi-Suomen ja Oulun lääneissä (viimeksi 2003) sekä joka toinen vuosi muissa lääneissä, so. Etelä-Suomen, Itä-Suomen ja Lapin läänissä (viimeksi 2004). Vastauksia saatiin peruskouluissa 47 265 (2003) / 56 328 (2004) oppilaalta ja lukioissa 24 308 (2003) / 28 894 (2004) oppilaalta. Vastaavien alueiden peruskoulujen 8 - 9. luokkalaista 81 % (2003) ja 78 % (2004) vastasi kyselyyn. (Luopa 2005)

2.3 Huumeiden käyttö väestön erityisryhmissä

Alaikäisten huumehoidossa olevien nuorten mukaan keskeisin tekijä, joka määrittelee nuorten käsitystä omasta itsestään, on nimenomaan nuoren suhde omaan huumeiden käyttöön.²⁴ Nuoret voivat nähdä itsensä esimerkiksi käyttäjinä, entisinä käyttäjinä, huumeista eroon haluavina tai kykenemättöminä lopettamaan käyttöönsä. Huumeettomuuden he näkevät osana normaalia, tavanomaista elämää. Nuorten kertomuksille oli tyypillistä tavanomaisen elämän ja sen ulkopuolisen, erilaisen huume-elämän erottelusta. Hoidossa olevat nuoret liikkuvat kertomuksissaan rajan molemmilla puolilla kiinnittymättä pysyvästi kummallekaan puolelle. Yhtenä syynä voi olla se, että alaikäisten hoito on käynnistynyt riippumatta siitä, millaiseksi nuori itse määrittelee oman tahtonsa. Vapaaehtoisesti hoitoon hakeutuneiden käyttäjien on korostettava enemmän haluaan raitistumiseen päästäkseen hoitoon, jolloin liikkuminen rajan molemmiin puolin ei ole yhtä vapaata. (Virokannas 2004)

Nuorten tyttöjen huumeiden käytön merkityksistä valmistuvassa väitöskirjassa on haastateltu viittatoista 15 - 27 -vuotiasta huumeita käyttänyttä tyttöä. Tyttöjen tarinoissa huumeidenkäyttö toimii erottautumisen ja seikkailun välineenä. Mielikuva ”normaaleista ihmisistä” värityy tylsyyden kautta. Huumekuviot puolestaan symbolisoivat jännitystä ja seikkailua. Ylläkkeeksi huumeidenkäyttöön eivät asetu itse aineet vaan kaverit, jotka näyttäytyvät kiehtovina. Tuntematon sekä pelottaa että houkuttaa siihen liittyvän vaaran ja jännittävyyden vuoksi. Sen uhmaaminen on myös omien sisäisten rajojen testaamista. Huumeiden käyttö tarjoaa väylän erottautua, hakea elämyksiä sekä lisätä sosiaalista kompetenttiutta. Huumevalistuksesta poimitaan esiin vain huumeiden vaarallisuuteen liittyvät tekijät, jotka näyttäytyvät jännittäviltä. Ratkaisevaksi tekijäksi huumeidenkäytön aloittamiseen on myös tytön ihastus huumeita käyttävään poikaan. Toisaalta päinvastainen tekijä, jonka tytöt liittävät huumeidenkäytön aloitukseen, on masennus ja paha olo, joka usein kytkeytyy yksinäisyyteen ja kokemukseen hyljättyksi. Ulkonäkö nousee esiin tässä yhteydessä ja epäily siitä, että syy kavereiden puutteeseen on ”vääränlainen” ulkonäkö - kokemus omasta riittämättömyydestä mainonnan tuottamaan naiskuvaan nähden. Huumeidenkäyttö näyttäytyy tällöin toisenlaisena tienä rakentaa identiteettiä ja tulla hyväksytyksi. (Väyrynen.2005)

²⁴ Tutkimus käsittelee 17 alaikäisten huumehoitoyksikössä hoidettavana olevien nuorten jäsenyyksiä elämästään ja päihteidenkäytöstään. Analyysimetodina on diskurssianalyysi, ja tarkastelun kohteena on, millaisia merkityksiä huumeiden käyttö nuorten puheessa saa ja minkälaisia minäkuvia haastatteluissa muodostuu. (Virokannas 2004)

3. Huumeiden vastainen ehkäisevä työ²⁵

Perusopetus- ja lukiolakia sekä lakia ammatillisesta koulutuksesta ja ammatillisesta aikuiskoulutuksesta on muutettu siten, että oppilaan tai opiskelijan oikeutta oppilas- ja opiskelijahuoltoon on korostettu ja samalla on lisätty oppilaitoksen velvoitteita järjestää opetussuunnitelma, jonka perusteisiin tulee kirjata toimenpiteet esimerkiksi kriisien, koulukiusaamisen ja päihteiden käytön ennaltaehkäisemiseksi ja hoitamiseksi. Näin korostetaan mahdollisimman varhaista puuttumista syrjäytymisvaarassa olevien ja vielä kouluikäisten nuorten tilanteeseen. Ajatuksena on, että esimerkiksi peruskouluikäiset ovat vielä koulun ”silmien alla” ja alaikäisyytensä vuoksi hyvin tavoitettavissa. Yksittäisistä ehkäisevän työn hankkeista käy selvästi ilmi, että mitä vaikeammaksi ongelma on kehittynyt, sitä vaikeampi siihen on puuttua. Eniten hankkeista on pudonnut henkilöitä, joilla on ollut yhtäaikaaisesti sekä päihde- että mielenterveysongelmia.

Verkkopohjaisen tiedonvälityksen käyttö niin ammattilaisille suunnatussa koulutuksessa kuin itse valistustyössä on saavuttamassa yhä merkittävämmän aseman. Ammattilaisille tarkoitettuja verkkopalveluja arvioitaessa valtakunnalliset palvelut ovat painottuneet niin päihdetyön tekijöiden koulutuksessa kuin resurssina heidän alueellisessa työssään. Nuoriin huumeiden käyttäjiin kohdistuvan internetvalistuksen tulisi arvioinnin mukaan kuunnella käyttäjien viestejä, tarjota neutraalia tietoa ja samalla ohjata hallittuun ja turvalliseen käyttöön. Tulevaisuuden haasteeksi nähdään tietoyhteiskunnan ja perinteisen palvelujärjestelmän uudelleen muotoilu tilanteessa, jossa ihmiset haluavat tehdä yhä enemmän itse.

3.1 Yleinen ehkäisevä huumetyö²⁶

Perusopetus- ja lukiolakia sekä lakia ammatillisesta koulutuksesta ja ammatillisesta aikuiskoulutuksesta sekä niihin liittyviä asetuksia on muutettu.²⁷ Keskeiset lain muutokset koskevat opetuksen järjestämistä, oppilaan/opiskelijan oikeutta oppilas/opiskelijahuoltoon ja velvoitteita järjestää opetussuunnitelmien perusteisiin tavoitteet oppilas/opiskelijahuollon kehittämiseksi sekä turvallisuussuunnitelman laatimiseksi. Uuden opetussuunnitelman tulee olla käytössä kaikissa

²⁵ Vrt. Virtanen 2004, luku 9.

²⁶ Ks. myös: <http://annualreport.emecdda.eu.int/fi/home-fi.html>

²⁷ Ks. luku 1.2.2.1.

peruskouluissa viimeistään 1.8.2006. Paikalliseen opetussuunnitelmaan tulee kirjata toimenpiteet esimerkiksi kriisien, koulukiusaamisen ja päihteiden käytön ennaltaehkäisemiseksi ja hoitamiseksi. Valtakunnallisesti nuorten ehkäisevää päihdetyötä tehdään lisäksi nuorten työttömien aktivoimiseksi perustetuissa 230 työpajassa, joissa päihdetyö on otettu keskeiseksi osaksi pajatoimintaa. Pajatyöhön osallistuu vuosittain noin 7000 nuorta vähintään 6 kuukauden ajan. Pajoissa pyritään luomaan yhteiset päihdepelisäännöt henkilökunnan ja pajalaisten yhteistoiminnassa jokaisen pajalle tulevan nuorten ryhmän kanssa erikseen Pajatoiminnan tukemiseksi ollaan luomassa valtakunnallinen yhteisökouluttajien ja tukihenkilöiden verkosto ja yhteisövalmennuksen käsikirja pajojen omaehtoisen toiminnan tueksi. Vuoden 2007 loppuun mennessä pyritään valmentamaan kaikkiaan 200 työpajaa ja samalla lisäämään pajojen osaamista päihdetyön ja erityisesti huumetyön osalta. (Opetusministeriön esite 2005)

Koulujen opetussuunnitelmiin kuuluvan päihdekasvatuksen opetuksesta sekä joka toinen vuosi tehtävän kouluterveyskyselyn hyödyntämisestä tehtiin kaksi seurantakyselyä, koulukysely ja terveyskeskuskysely.²⁸

Koulukyselyn raportissa, todettiin, että suuri enemmistö (93 %) kouluista raportoi opetussuunnitelmaan kuuluvien päihdekasvatuksen, yleensä terveystiedon oppituntien lisäksi muita päihdekasvatustapahtumia, useimmiten yksittäisien koulutustilaisuuksia. Runsas neljännes kouluista teki päihdekasvatuksessa jatkuvaa yhteistyötä ulkopuolisen tahon kanssa ja hieman yli puolet osallistui yksittäisiin tapahtumiin. Erilaisista päihdekasvatusohjelmista ylivoimaisesti eniten osallistuttiin ”Smokefree Class” –kilpailuun (66 %). Joka toisessa koulussa toteutettiin koulun tai kunnan omaa erityistä päihdekasvatusohjelmaa. Joka neljäs koulu teki yhteistyötä ”Lions Quest”-ohjelman kanssa. Samoin joka neljännessä oli vierailut huumebussi ”HuBu”. Kyselyn mukaan terveystiedon opetussuunnitelma oli valmiina 7. vuosiluokalle 73 %:lla ja 9. vuosiluokalla 25 %:lla kouluista. Pätevän terveystiedon opettajan ilmoitti 35 %. Terveystietoa opettivat yleisimmin liikunnan, biologian ja kotitalouden opettajat. (Rimpelä ym. 2005)

Kouluterveyskyselyn tuloksia oli hyödynnetty tehokkaasti noin joka kolmannessa niistä kouluista, joiden kunnat olivat tilanneet tulokset. Kouluissa tuloksia oli hyödynnetty eniten osana oppilas- ja kouluterveydenhuoltoa, terveystiedon opetuksessa, vanhempien illoissa ja sisäisessä arvioinnissa.

²⁸ **Kouluterveyskyselystä ks. luku 2.2. Koulukysely** lähetettiin rehtoreille niissä peruskoulussa, joissa oli yläluokkien oppilaita (N=814). Eryiskoulut rajattiin pois aineistosta. **Terveyskeskuskysely** postitettiin terveyskeskukseen johtavalle hoitajalle osoitettuna (N=265). Tämän raportin aineistoina ovat 26.5. saapuneet vastaukset: 516 peruskoulua (vastausprosentti 63 %) ja 173 terveyskeskusta (vastausprosentti 65 %).

Suurin osa terveystieteistä ilmoitti hyödyntäneensä kouluterveyskyselyn tuloksia kouluterveydenhuollossa ja ehkäisevässä päihdetyössä ja noin viidennes laaja-alaisesti lasten ja nuorten hyvinvoinnin edistämiseksi.

Työpaikkojen ennalta ehkäisevän työn eräs keino on huumetestaus sekä ennen työhönottoa että itse työssä ollessa. Jälkimmäisessä tapauksessa myös hoitoon ohjaus on mahdollista. Vuonna 2004 valmistui laki yksityisyyden suojasta työelämässä, joka määrittelee ehdot testeille (vrt. luku 1.2.2 1). Laissa tai sen perusteluissa ei kuitenkaan tuoda esiin testauksen teknisiä ongelmia: monet uudet huumeet jäävät huomaamatta suppeassa seulonnassa, eri aineet näkyvät eri tavalla (unilääkkeet kuukauden, kannabis kaksi viikkoa ja heroini vain pari päivää) ja on vaikea erottaa käyttö ongelmakäytöstä - erityisesti lääkkeiden osalta laitton käyttö laillisesta käytöstä. Samalla vapaa-ajan tekojen arvioidaan vähentävän työsuoritusta, mutta miksi näin on vain huumeiden osalta. Syyt testaamiseen ovat usein myös muut kuin työturvallisuus, esimerkiksi rikollisuuden pelko, imago-kysymykset ja uhka tietoturvallisuudelle. Huumetestaus kääntää myös ennen työnantajan kantaman vastuun työturvallisuudesta (työ on riski) työntekijän vastuuksi (työntekijä on riski). Ehkäisevän työn kannalta ongelmallisinta on, että laissa ei puhuta suoranaisesti mitään hoitoon ohjauksesta tai hoidosta positiivisen testituloksen seurauksena. (Bothas 2005)

Vuoden aikana on julkaistu useita selvityksiä erilaisten tiedonvälityskanavien käytöstä huumetyössä niin asiantuntijoiden koulutuksessa kuin varsinaisessa valistustyössä (vrt. alla)

Alkoholia ja huumeita koskevan viestinnän kehittämiseksi Suomessa on toteutettu 20 vuoden aikana 19 toimittajien päihdekoulutus / tiedotusseminaaria. Seminaarit on järjestelmällisesti toteutettu tilaisuutena, jonne haetaan, ei ilmoittauduta. Osanottajat ovat joutuneet perustelemaan kirjallisesti, miksi juuri he sopisivat seminaariin. Osanottajavalinnoissa ovat painottuneet aihepiirin työkokemus sekä eri ammattikuntien keskinäinen tasapainotus. Seminaarit ovat olleet osin sponsoroituja mutta maksuihin on sisältynyt myös omakustannusosuus. Seminaarit on pyritty pitämään eri kaupungeissa, vuodesta 1995 lähtien Itämeren eri valtioissa. Seminaarien jatkuvaan suosion syynä arvioidaan olevan seminaarien vuorovaikutteisuus, muodostuminen eräänlaiseksi instituutioksi, objektiivisen ja eri näkökulmia painottavien tietojen esittäminen sekä kaiken tekeminen muodossa, jossa osallistujat voivat kokea olevansa myös etuoikeutetussa asemassa jaetun tiedon osalta. Keskeiset teemat ovat olleet ajankohtaisaiheet, kontaktit toisten alan toimittajien kanssa sekä vierailut seminaarikaupungin päihdepalveluihin tai niitä sivuaviin toimintamalleihin. (Peltoniemi 2004)

Verkkopohjaisesta valistuksesta esimerkkinä on vuonna 1996 käyttöön otettu valtakunnallinen Internet-palvelu, Päihdelinkki, joka kohdentuu ennalta ehkäisevään työhön ja riippuvuusongelmista tiedottamiseen, mutta se palvelee yhtä lailla ihmisten omatoimista halua muutuskäyttäytymiseen sekä jossain mitassa myös hoitoa. Päihdelinkki sisältää tietopankin eri aineista ja hoitopalveluista, henkilökohtaisen testauksen mahdollisuuden, toimintamalleja oma-apu toimintaan ja perheiden päihdeongelman selvittämiseen, sivuja lapsille, anonyymin neuvontapalvelun sekä keskustelufoorumin. Tällä hetkellä internet-palveluja käyttää noin 30 000 henkeä kuukaudessa. Palvelukokonaisuuden toiminnassa on todettu tärkeä yhteys telemaattisen palvelujen yhdistämisessä muihin päihdepalveluihin. Lisäksi on havaittu, että palvelut toimivat tehokkaasti vain valtakunnallisella tasolla. Tulevaisuuden haasteeksi nähdään tietoyhteiskunnan ja perinteisen palvelujärjestelmän uudelleen muotoilu tilanteessa, jossa ihmiset haluavat tehdä yhä enemmän itse. (Lehmusvaara toim. 2004)

Paikallisessa, Päijät-Hämeen ja Itä-Uudenmaan yhteistyöprojektissa kartoitettiin ammattilaisten välisen verkkokonsultaation mahdollisuuksia²⁹ Kokeilussa yleisten internet-konsultaatiopalvelujen käyttö osoittautui kuitenkin vähäiseksi, sen sijaan huomiota saivat erityisesti paikalliset kysymykset. Hankkeen johtoryhmän päätöksellä konsultaatio laajennettiin valtakunnalliseksi palveluksi, osaksi Päihdelinkin toimintaa. Valtakunnallisen, entuudestaan tutun palvelun mahdollisuus tavoittaa myös asiantuntijoita on huomattavasti suurempi. Ammattilaisten konsultaatiokysymyksiin vastaa tällä hetkellä Päihdelinkissä 9 alan asiantuntijaa oman työnsä ohella. Paikallishankkeessa todettiin myös hoitopaikkojen omien internet-sivujen tarve, sillä monet kartoituskyselyyn vastanneet käyttävät päivittäin internet-palveluja. (Bothas 2005)

Uuden teknologian käytöstä ehkäisevän päihdetyön ammatillisista koostuvan valtakunnallisen kehittämisryhmän (22 henkilöä + 2 koordinaattoria) verkkopohjaisessa yhteistyössä tehtiin selvitys vuonna 2004. Selvityksen mukaan Internet-pohjaisessa vuorovaikutteisessa oppimisympäristössä osanottajat olivat motivoituneita tuottamaan, muokkaamaan ja jakelemaan aineistoa sekä keskustelemaan keskenään. Kehittämistyön tuloksia ja hyvien toimintakäytäntöjen esimerkkejä julkaistaan valtakunnallisessa päihdeportaalissa (Stakesin neuvoa-antavat -portaali) kaikkien

²⁹ Kysely lähetettiin noin 340 päijäthämäläiselle sosiaali- ja terveystieteiden ammattilaiselle. Kyselyn pääasiallisena kohteena olevia ammattiryhmiä olivat sosiaalityöntekijät, kouluterveydenhoitajat, neuvoloiden terveydenhoitajat, nuorisotyöntekijät, diakoniatyöntekijät, koulupsykologit, koulukuraattorit, perheneuvojat ja perhetyöntekijät. Pyrkimyksenä oli tavoittaa mahdollisimman monenlaisissa eri työpaikoissa ja tehtävissä toimivia sosiaalialan ammattilaisia. Kyselyä ei osoitettu päihdehuoltolaitosten työntekijöille, sillä tavoitteena oli kartoittaa päihdekysymyksiä hieman harvemmin kohtaavien työntekijöiden tarpeita. (Bothas ym. 2003)

ehkäisevää päihdetyötä tekevien käyttöön ja erilaisten koulutusten pohjaksi. Toisin kuin Päihdelinkin kehittämistyössä, verkoston jäsenet jatkavat kehittämistyötään verkostoitumalla paikallistasolla. Tällöin tehtävänä on asiantuntijaverkostojen ylläpito ja uusien strategioiden sekä toimintamallien kierrättäminen ja kommentoiminen paikallisella tasolla ennen niiden laajempaa toimeenpanoa. (Romppainen ym. 2004)

Päihdelinkin osana olevan Suomen laaja-alaisimman Internet-keskustelufoorumissa, Saunassa, käydyistä keskusteluista³⁰ (Roine 2004a, 2004b) voitiin erotella viisi huumeita koskevaa keskeistä puhetapaa. Keskusteluissa (1) huumeidenkäyttö nähdään joko äärimmäisen hyvänä tai pahana kokemuksena, (2) huumeiden käytön itsekонтроloitavuudesta muodostuu ihanne, (3) huumeiden käyttö näyttäytyy yksilön omana valintana, (4) huumeiden käytön hyväksyttävyyttä perustellaan esimerkiksi alkoholin käyttötapoihin vertaamalla, tai (5) osallistujat osoittavat täsmälliseen tutkimukselliseen kokemukseensa vedoten olevansa alan asiantuntijoita ja päteviä myös toisten neuvomiseen. Keskustelijat pitävät tiukasti yllä rajaa itsensä ja narkomaaneiksi luokittelemiensa käyttäjien välillä, eivätkä itse koe huumeidenkäytön aiheuttavan heille erityisiä ongelmia. Tulosten perusteella Saunan keskusteluun osallistuvia nuoria tavoittavan valistuksen tulisi tarjota neutraalia tietoa ja samalla ohjata hallittuun ja mahdollisimman turvalliseen huumeidenkäyttöön. (Roine 2004a)

Laaja-alaisesti huumeita internetissä ja nuorisokulttuurissa (Seppälä ym. 2004) käsittelevän tutkimuksen mukaan huumeiden käyttö on vahva symboli yhteiskunnalliselle vastarinnalle ja omaehtoisuudelle, jopa vapaudelle. Huumeidenkäyttäjät asettuvat yhteiskunnallisesti pikemminkin rikollisten kuin viranomaisten puolelle. Huumeet tuovat elämään jännitystä, uutta sisältöä ja sosiaalista asemaa. Lisäksi huumeekulttuurit saattavat olla houkutteleva vaihtoehto tilanteessa, jossa opiskelu- tai työpaikan saanti tuntuu vaikealta. Juhlamisen ja nuorisokulttuurin kenttä eroaa monilta osin perinteisestä alkoholikulttuurin kentästä. Tämä aiheuttaa päihdetyölle uusia haasteita ja päihdetyön kumppaneitakin on etsittävä uusilta tahoilta, esimerkiksi ravintolamaailmasta tai osakulttuurien omista edustajista. Lisäksi käyttäjien kuuleminen huumeiden riskeistä ja haitoista puhuttaessa helpottaisi keskusteluyhteyden saamista ja parantaisi viranomaiskuvaa. Kysyntää olisi myös matalan kynnyksen anonyymeillä keskustelufoorumeilla, joissa voisi keskustella vapaammin omista huumeongelmistaan.

³⁰ Selvitys koski 426 Saunaan tammi-maaliskuussa 2002 lähetettyä viestiä, jotka valittiin 27 eri viestiketjusta lähtien viimeksi alkaneista teemoista.

Ehkäisevää päihdetyötä on käsitelty laaja-alaisesti myös osana lähialueyhteistyötä, vuosina 2002 - 2003 toteutetussa Viipurin alueen (Budusheje) projektissa (Heinänen 2004). Yhteistyöhön osallistuivat Suomesta muun muassa Helsingin kaupungin sosiaalivirasto, Helsingin yliopisto sekä järjestöistä Elämätapaliitto ja Nuorisojärjestö NAD, Viipurista kaupungin nuorisotoimi sekä huumeiden ja huumebisneksen vastainen järjestö, ja Ruotsista Möånkulturellt Folkbildings Centrum. Hankkeen tavoitteita olivat päihteiden vastaisten ehkäisevän työn mallien esittely, viranomaisten ja kansalaisjärjestöjen välisen yhteistyön vahvistaminen sekä verkoston luominen Viipurin, Suomen ja Pohjoismaiden ehkäisevän päihdetyön toimijoiden välille. Hankkeen avulla ehkäisevä päihdetyö nostettiin esiin omaksi työkohteeksi, luotiin moniammatillisia verkostoja, nostettiin työntekijöiden tietotasoa sekä kehitettiin työkäytäntöjä julkisten palvelurakenteiden ja kansalaisjärjestöjen välillä. Hankkeen toteuttamisen keskeiset voimavarat muodostuivat verkostojen sitoutuneisuudesta ja uusista kumppanuussuhteista eri toimijoiden välillä. Myös entisestä Neuvostoliitosta saapuneiden maahanmuuttajataustaisten työntekijöiden erityisosaaminen helpotti hankkeen toteuttamista. Lähialueyhteistyönä on toteutettu myös Sillakaar-hanke Viron kolmannen sektorin yhteistyön kehittämisestä kristillisen päihdetyön alueella.

3.2 Kohdennettu ehkäisevä huumetyö³¹

Ehkäisevän huumetyön erityisiä kohderyhmiä ovat olleet syrjäytymisvaarassa olleet nuoret ja maahanmuuttajanuoret

Valtakunnalliseen nuorten kuntoutuskokeilussa oli mukana 18 projektia eri puolilta Suomea vuosina 2001–2003. Projekteihin valittiin nuoria, jotka ovat keskeyttäneet tai jotka ovat vaarassa keskeyttää peruskoulun, lukion tai ammatilliset opintonsa.³² Koulunkäynti- ja opiskeluvaikeuksien lisäksi nuorilla saattoi olla myös muita syrjäytymisen uhkaa lisääviä tekijöitä, kuten alkoholi- tai huumeongelmia, mutta hanke kohdistui niihin vain epäsuorasti. (Suikkanen ym. 2004; Linnakangas ym. 2004). Projektin tulosten mukaan kaksi kolmesta nuoresta oli sellaisia, joiden kohdalla ongelmiin puuttuminen oli saanut aikaan merkittävää elämäntilanteen selkiytymistä. Varhaisen vaiheen puuttuminen oli mahdollista, koska peruskouluikäiset ovat vielä koulun ”silmiä alla” ja alaikäisyytensä vuoksi hyvin tavoitettavissa. Kodin ja koulun ”kumppanuuden” ohella tärkeää oli sektorien rajat ylittävä yhteistoiminta syrjäytymisvaarassa olevien nuorten tukemiseksi ja

³¹ Ks. myös <http://annualreport.emcdda.eu.int/fi/home-fi.html>.

³² Hankkeissa oli mukana lähes 576 ikäluokkaan 15-17 -vuotiaat kuuluvaa nuorta, joille oli tehty kuntoutussuunnitelma. Projektin keskeytti noin 8 % nuorista.

yhteistyötä koordinoivaa henkilöä eri palvelujen välillä. Näin syrjäytymisvaarassa oleva nuori sai mahdollisemman varhaisessa vaiheessa tarvitsemansa tuen ja palvelut.

Paikallisen tason projekteista on julkaistu suppeita seurantaraportteja henkilöohjaajan ja viranomaisten yhteistyöstä (Karjalainen ym. 2004), viranomaisten, vapaaehtoisjärjestöjen sekä perheiden yhteistyöstä (Rokka 2004), alueellisen ehkäisevän päihdeyhteisyöryhmän toiminnasta (Saari ym. 2005) sekä perhetyöstä (Raitanen 2005). Henkilöohjaajan kanssa toteutetussa tehostetussa työskentelyssä onnistuttiin 2,5 vuoden (Nuotta) projektin aikana löytämään mielekäs etenemispolku elämässään 73 prosentille 160 vailla työ- ja opiskelupaikkaa olevasta 17 - 24 - vuotiaasta nuoresta, joiden taustalla oli usein myös maksuhäiriöitä, rikoshistoriaa, päihdeongelmia, mielenterveysongelmia tai useita näistä. Toiminta onnistui parhaiten, jos ongelmat eivät olleet kasautuneet liikaa. Eniten hankkeesta putosi pois henkilöitä, joilla oli sekä päihde- että mielenterveysongelmia. Perheiden ja poikkihallinnollisen yhteistyön 3-vuotisen (Nuorten talo) kokeilun aikana hoitoon tulleita nuoria ja perheen jäseniä oli 450. Projekti syntyi tarpeesta tukea ja puuttua ajoissa lasten ja nuorten oirehdintaan. Vaikka osa nuorista olikin moniongelmaisia, projekti teki mahdolliseksi konkreettisten tulevaisuuden suunnitelmien teon ja monen kohdalla elämänlaadun paranemisen sekä sosiaalisten verkostojen laajenemisen. Ehkäisevän päihdetyön kolmivuotinen (Nuorten juttu) projekti pyrki luomaan kontakteja opiskelijoihin, koululaisiin ja yhteistyöverkostoihin ja samalla kehittämään koulujen terveystiedon oppisisältöjä. Projektin myötä kehitettiin koulujen kanssa paikkakunnan päihdepalvelujen matalan kynnyksen toimintatapoja. Perhetyön 3-vuotiseen (Voitto kotiin) hankkeeseen valittiin 22 ensi- ja turvakotiyhdistysten sekä perhekeskusten asiakasta ja heidän perhettään. Kaksi perhettä ei osallistunut ja neljä keskeytti hankkeen. Hanke koostui perhetapaamisista. Keskeistä hankkeessa olivat mahdollisuus vanhemmuuden tukemiseen ja osallistuminen lomatoimintaan. Vaikka vanhemmat kokivat leirien sisällön enemmän hauskaksi yhdessäoloksi kuin ehkäisevän päihdetyöksi, lähes kaikki äidit ja useimmat isät kokivat saaneensa perhetapaamisesta selkeitä ja monipuolisia neuvoja arjessa jaksamiseen. Kaikissa hankkeissa projektimainen, lähellä arkikäytäntöjä oleva moniammatillinen yhteistyö ja koko perheen aktiivinen osallistuminen osoittautui tulokselliseksi toimintamalliksi ehkäisevässä työssä.

Maahanmuuttajien parissa tehty "kotiin Helsinkiin" -hanke (Heinänen 2004) toteutettiin kahtena osahankkeena vuosina 1999 - 2003 ja kohdistui entisen Neuvostoliiton alueelta Helsinkiin muuttaneeseen väestöön sekä erityisesti rikollisuudella tai huumeiden käytöllä reagoiviin inkeriläisnuoriin. Hanke on pyrkinyt vaikuttamaan kohderyhmiin ehkäisevällä työllä, palvelujen saannin esteiden poistamisella ja hoitoon ohjauksella. Hankkeen viimeisenä vuonna auttavaan

palveluun tuli yli 300 puhelua, asiakaskäyntejä (lääkäri, psykologi, ulkomaiset asiantuntijakonsultit) tehtiin lähes 800 ja perhekontakteja oli noin 100 asiakkaan kanssa. Pietarin-alueella toteutettiin 8 asiakkaan hoitojaksoja. Lisäksi hankkeen osana olivat verkostokoulutukset ja suomen kielen tunnit. Hankekokemusten perusteella on tehty esitys siitä, että ehkäisevä työ maahanmuuttajien parissa vakiinnutetaan ja kiinnitetään osaksi peruspalveluja, jatketaan hankkeessa käytettyjä ydinpalveluja (auttavaa puhelinta, henkilökohtaisia keskusteluja, vanhempainryhmiä, perhetyötä, hoitoon ohjausta, www-sivujen ylläpitoa) ja kehitetään hoitoonohjausta Lenigradin alueellisen päihdesairaalan päihdeasiantuntijatoimiston palveluna. Lisäksi toiminnassa hyödynnetään maahanmuuttajien omaa kokemusta vertaistukena, yhdistellään lähtö- ja tulomaan toimintatapoja, käytetään myös muita kieliä kuin suomi sekä korostetaan matalan kynnyksen palveluja käyttäen hyväksi maahanmuuttajien omia kanavia.

4. Huumeiden ongelmakäyttö³³

Tilastollisen arvion mukaan Suomessa vuonna 2002 amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäyttäjät muodostivat 0,6 - 0,7 % maan 15–55-vuotiaasta väestöstä: amfetamiinien käyttäjät 0,4 - 0,6 % ja opiaattien käyttäjät 0,1 - 0,2 %. Vaikka väestökyselyjen mukaan vuosittaisen kokeilukäytön yleisyys on tasaantumassa, ongelmakäyttäjien, etenkin opiaattien käyttäjien määrä on lisääntynyt selvästi vuoden 1999 jälkeen.

Päihdehuollon lääke- tai huumausaineasiakkaiden päähuumeena olivat vuonna 2004 opiaatit (34 %), amfetamiinit ja muut stimulantit (26 %), alkoholin ja huumeiden sekakäyttö (18 %), kannabis (15 %) sekä uni- ja rauhoittavat lääkkeet (6 %). Buprenorfiinin (Subutex) osuus hoitoon hakeutuneiden päähuumeena on lisääntynyt kaikkein voimakkaimmin ja se on päähuumeena jo neljällä viidestä opiaattien käyttäjistä. Pistoskäyttö oli myös yleistä ja lähes kolme neljästä päihdehuollon lääke- tai huumausaineasiakkaasta oli käyttänyt huumeita joskus pistämällä. Suuri osa pistosvälineitä puhtaisiin vaihtavien terveysneuvontapisteiden asiakaskunnasta käyttää juuri buprenorfiinia pistämällä. Huumeiden sekakäyttö on kaikilla yleistä, mutta pahimmin syrjäytyneillä ja iäkkäimmillä päihteiden käyttö oli hyvin sekalaista, tyyliin "mitä sattuu saamaan", aina alkoholista ja korvikkeista heroiniin ja subutexiin.

³³ Vrt. Virtanen 2004, luvut 2.3 ja 3.1.

4.1 Ongelmakäyttäjien määrän arviot³⁴

Huumeiden ongelmakäytön laajuutta on seurattu vuodesta 1997 lähtien tilastollisten arvioiden³⁵ perustella. Arvion mukaan 15–55-vuotiaasta väestöstä koko maassa oli vuonna 2002 noin 16 000 - 21 000 amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäyttäjää.

Taulukko 7. Amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäyttäjien määrän kehitys 1997 - 2002

	1997*	1998	1999	2001	2002
Kokonaisarvio	9400-14700	11500-16400	11100-14000	13700-17500	16100-21100
Opiaattien käyttäjät*	1500-3300	1800-2700	2500-3300	3900-4900	4200-5900
Amfetam. käyttäjät*	6800-11600	7600-13000	8300-12400	10100-15400	10900-18500

* = tulos perustuu kolmen rekisterin tietoihin

Ongelmakäyttäjien selvän enemmistön, 70 - 75 % muodostivat amfetamiinien ongelmakäyttäjät. Tutkimuksen mukaan miehiä oli noin 80 - 85 % amfetamiinien ja 75 % opiaattien ongelmakäyttäjistä. Nuorimman ongelmakäyttäjryhmän osuus on ollut 40 - 50 prosenttia.

Taulukko 8. Amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäyttäjien väestöosuudet (%) 1998 - 2002.

	1998	1999	2001	2002
Kokonaisarvio	0,4 - 0,55	0,4 - 0,5	0,5 - 0,6	0,55 - 0,75
Amfetamiinien käyttäjät	0,26 - 0,45	0,29 - 0,43	0,35 - 0,54	0,38 - 0,65
Opiaattien käyttäjät	0,06 - 0,09	0,09 - 0,11	0,14 - 0,17	0,15 - 0,21
Miehet	0,54 - 0,70	0,54 - 0,66	0,58 - 0,71	0,77 - 1,03
Naiset	0,20 - 0,58	0,14 - 0,24	0,20 - 0,31	0,29 - 0,57
15 - 25 -vuotiaat	0,67 - 1,12	0,73 - 1,02	0,81 - 1,04	0,93 - 1,30
26 - 35 -vuotiaat	0,51 - 0,71	0,46 - 0,59	0,64 - 0,82	0,74 - 1,13
36 - 55 -vuotiaat	0,14 - 0,25	0,19 - 0,46	0,22 - 0,36	0,25 - 0,50

³⁴ Ks. myös tietokioski tai tilastotiedote: <http://annualreport.emcdda.eu.int/fi/home-fi.html>.

³⁵ Ongelmakäyttäjien määrän arviointi perustuu tilastolliseen merkintä-takaisinpyynti -menetelmään (capture-recapture), jossa samasta kohdejoukosta otettujen otosten perusteella voidaan arvioida tilastollisesti kohdejoukon kokoa. Otokset määriteltiin yhteiskunnan kohdejoukkoon (amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäyttäjät) kohdistuneiden interventtioiden avulla. Järjestelmän interventiot olivat henkilön hoito sairaalassa amfetamiini- tai opiaattidiagnoosin perusteella, henkilöön kohdistuneet rikosoikeudelliset toimet amfetamiinin tai opiaatin käyttö- tai hallussapitorikoksen vuoksi, henkilön joutuminen kiinni ajaessaan amfetamiinin tai opiaattien aiheuttamassa päihtymystilassa autoa sekä tartuntatautirekisteristä suonenensisäisen huumeiden käytön vuoksi kirjatut C-hepatiittitapaukset. Tuloksena esitetyt arvot perustuvat 95 -prosentin luottamusväliin. Osaryhmiin on sovellettu erilaisia log-lineaarisia malleja, joten niiden summa ei ole sama kuin kokonaisarvio . (Partanen P. ym. 2004)

Kaikista ongelmakäyttäjistä noin 60 - 70 % oli Etelä-Suomesta (väestöosuus 0,85 - 1,25 %), joista yli puolet pääkaupunkiseudulta (0,9 - 1,35 %). Vastaavat väestöosuudet olivat Länsi-Suomessa (0,4 - 0,6 %) ja Itä- sekä Pohjois-Suomessa (0,3 - 0,5 %). Pääkaupunkiseudulla ongelmakäyttäjien joukko oli jonkin verran vanhempaa kuin muualla maassa.

4.2 Huumehoidon asiakaskunta³⁶

Kaikkiin sosiaali- ja terveydenhuollon yksikköihin tehtiin vuonna 2003 yhden päivän aikana ns. päihdetapauslaskenta, jossa selvitettiin yksikköjen päihde-ehdoisia asiakkuuksia päivän aikana. Tulosten mukaan päihdehuollon erityispalveluissa käyneistä lääkkeiden tai huumausaineiden käytöstä oli tietoa avohoidossa 44 prosentilla ja laitoshoidossa 47 prosentilla asiakkaista. Huumausaineiden osalta osuudet ovat 35 % ja 40 %. Tulokset ovat muuttuneet huomattavasti vuoden 1999 tiedoista, jolloin huumausaineasiakkaiden osuus päihdehuollon avohoidossa olleista oli vajaat 20 % ja laitoshoidon asiakkaista vajaat 30 %. (Metso 2004)

Päihdehoitoyksiköille vapaaehtoisella ja anonymillä huumehoidon tietojärjestelmällä kerätään tietoa lääkkeiden ja huumausaineiden (yleisesti huumeiden) käytön vuoksi päihdehuollon erityispalveluihin hakeutuneista asiakkaista. Keväällä 2004 tehdyssä huumehoidon tietojärjestelmän kattavuusselvityksessä³⁷ arvioitiin huumeiden vuoksi vuonna 2003 hoitoon hakeutuneiden määrää. Kaikkiaan tietojärjestelmän arvioitiin tavoittavan noin puolet kaikista huumeasiakkaista päihdehuollon erityispalveluissa. Tietojärjestelmän mukaan huumeiden käyttäjien osuudet päihdehuollon koko asiakaskunnasta olivat noin puolet päihdetapauslaskennan tuloksista, päihdehuollon avohoidossa 18 % ja laitoshoidossa 27 %. Jälkimmäinen arvio kuvaa kuitenkin päihdetapauslaskentaa tarkemmin päihdehuollon erityispalveluissa kohdattavan asiakaskunnan ongelmallista huumeiden käyttöä. (Vismanen 2004)

Päihdetapauslaskennan mukaan terveydenhuollon avohoidossa (sairaaloiden, psykiatristen sairaaloiden, terveyskeskusten ja mielenterveystoimistojen poliklinikoilla) ja laitoshoidossa (sairaaloiden, psykiatristen sairaaloiden, terveyskeskusten vuodeosastoilla) asioineiden

³⁶ Ks. myös tietokioski tai tilastotiedote: <http://annualreport.emcdda.eu.int/fi/home-fi.html>.

³⁷ Huumehoidon tiedonkeruun kattavuusselvityksessä kaikille päihdehuollon 551 yksiköille lähetettiin kysely yksikköjen alkoholi- ja huumeasiakkaista. Yksiköistä 324 vastasi ja 260 kertoi antavansa hoitoa erityisesti huumeasiakkaille. Kaikista huumehoidon tiedonkeruuseen osallistuneista 164 yksiköstä 122 vastasi kattavuusselvitykseen. Kaikkiaan yksiköt, päihdehuollon yksikköjen lisäksi myös terveydenhuollon ja vankiloiden päihdehoitoyksiköt, raportoivat 75 000 alkoholi- ja huumeasiakkaasta, joista huumeasiakkaita oli 17 850, siis lähes neljännes. (Vismanen 2004)

huumausaineasiakkaiden määrä on 23 % sekä terveydenhuollon avo- että laitospalvelujen kaikista alkoholi- ja huumeasiakkaista.

Huumehoidon tietojärjestelmän ja päihdetapauslaskennan huumeasiakkaiden profiilit vastaavat melko hyvin toisiaan kaikkien päihdehuollon yksikköjen osalta. Toisaalta päihdetapauslaskennassa päihdehuollon yksikköjen kaikkien asiakkaiden ikä- ja sukupuoliprofiilit olivat hyvin samansuuntaisia kuin paljon suppeammalla virallisella perustilastoinnilla saadut vastaavien päihdehuollon yksikköjen profiilit. (Vismanen 2004) Näin huumehoidon tietojärjestelmän tulosten voidaan arvioida heijastavan melko hyvin päihdehuollon koko huumeasiakaskuntaa. Lisäksi huumehoidon tietojärjestelmän ja päihdetapauslaskennan mukaan huumausaineita käyttävä asiakaskunta oli huono-osaista: työelämässä oli 10 %, asunnottomia noin 10 % ja päihdetapauslaskennan mukaan lähes 40 % kärsi myös mielenterveysongelmista. (Nuorvala ym. 2005) Kuitenkin huumehoidon tietojärjestelmän mukaan avo- ja laitoshoidon huumeasiakkaat ovat systemaattisesti viisi vuotta päihdetapauslaskennan huumeasiakkaita nuorempia. Tulosta selittää se, että huumehoidon tietojärjestelmässä painottuvat nuorisoasemien asiakkaat. Toisaalta päihdetapauslaskennan perusteella hieman vanhemmat lääkkeiden väärinkäyttäjät näyttäisivät olevan aliedustettuina huumehoidon tietojärjestelmässä. (Partanen 2004, Nuorvala ym. 2004)

Pienistä eroista huolimatta myös päihdetapauslaskenta korosti huumeiden vuoksi hoidettujen asiakkaiden nuoruutta. Laskennan mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon päihdetapauksista huumeisiin liittyviä oli 63 % alle 20 -vuotiaista, 75 % ikäluokassa 20 - 29 -vuotiaat ja vielä 40 % ikäluokassa 30 - 39 -vuotiaat. Laskennassa koko asiakaskunnan keski-ikä oli 44 vuotta. (Nuorvala ym. 2005)

Huumehoidon tietojärjestelmän vuoden 2004 tulokset perustuvat 166 yksiköstä ja 5 701 päihdehuollon huumeasiakkaasta saatuihin tietoihin. Tietojen mukaan päihdehuollon huumeasiakkaat olivat pääosin miehiä (72 %), nuoria aikuisia ja perhesuhteiltaan yksin eläviä. Asiakkaiden koulutustaso oli matala ja työttömyys (60 %) yleistä. Joka yhdeksäs (11 %) oli asunnoton. Suurin osa päihdehuollon huumeasiakkaista oli ollut jo aiemmin päihdehoidossa ja kuudesosa oli hakeutunut päihdehoitoon ensimmäistä kertaa. (Partanen A. 2004; 2005)

Tiedonkeruun asiakaskunnasta 8,7 % tuli huumehoitoon erikoistuneista laitoshoitoyksiköistä ja avohoitoyksiköistä 21,7 %. Päihdehuollon yleisten palvelujen avohoitoyksikköjen asiakaskunnan osuus tietojärjestelmän asiakkaista oli 39,5 % ja laitoshoidon yksikköjen asiakasosuus 26,1 %.

Tietojärjestelmän asiakaskunnan ikäkeskiarvo oli 27,3 vuotta (vuotta aiemmin 26,8). Miehet olivat keskimäärin 3 vuotta (edellisvuonna 2 vuotta) naisia vanhempia. Huumehoitoon erikoistuneissa laitoshoitoyksiköissä asiakkaat olivat nuorimpia, keski-ikänsä 25,2 vuotta. Päihdehuollon avohoitoyksiköiden asiakkaiden keski-ikä oli 25,8 vuotta, huumehoitoon erikoistuneissa avohoitoyksiköissä 27,9 vuotta ja päihdehuollon laitoshoidossa 29,1 vuotta. Vankiloiden terveydenhuollossa ikäkeskiarvo oli 32,2 vuotta. (Partanen ym. 2005)

Huumehoidon tietojärjestelmän kaikkien asiakkaiden joukossa ensisijaisena hoitoon hakeutumiseen johtaneena päihteenä olivat opiaatit (34 %), stimulantit (26 %), alkoholin ja huumeiden sekakäyttö (18 %), kannabis (15 %) ja lääkeaineet (6 %). Opiaatteihin kuuluva buprenorfiini oli ensisijaisena hoitoon johtaneena päihteenä 27 prosentilla koko asiakaskunnasta. Lähes kaksi kolmesta (62 %) asiakkaista oli ilmoittanut käyttävänsä ainakin kolmea ainetta.

Ensimmäistä kertaa huumeiden käytön vuoksi hoitoon hakeutuneiden (n = 990) yleisin hoidon tarpeen aiheuttanut päihde oli kannabis (31 %), seuraavaksi yleisin alkoholin ja huumeiden sekakäyttö (26 %) ja stimulanttien käyttö (23 %). Ryhmä erosi eniten kaikista hoitoon hakeutuneista opiaattien (13 %) ja buprenorfiinin (11 %) osalta. Ensimmäistä kertaa hoitoon hakeutuneiden osalta voidaan tarkastella myös huumeiden käytön polkua käytöstä, säännölliseen käyttöön ja hoitoon hakeutumiseen. Tulosten mukaan aikaviive aineen käytön aloittamisen ja säännöllisen käytön välillä on 1,5 - 2,5 vuotta. Vastaavasti käytön aloittamisesta näyttäisi olevan keskimäärin 4 vuoden viive ensi kertaa hoitoon hakeutumiseen. Lyhin viive hoitoon hakeutumiseen on buprenorfiinin käyttäjillä (2,5 vuotta), mutta heillä maininta pistoskäytön aloittamisesta esiintyi yleensä yli vuotta ennen buprenorfiinin käytön aloittamista. Näin buprenorfiinilla ei yleensä aloiteta huumeiden käyttöä, ei edes pistoskäyttöä. Muutenkaan buprenorfiinin käyttäjät eivät juuri poikkea muista hoitoon hakeutuneista huumeiden käyttäjistä. (Virtanen toim. 2005)

Lähes kolme neljästä (74 %) päihdehuollon huumeasiakkaasta oli käyttänyt huumeita joskus pistämällä, näistä lähes kaksi kolmesta (59 %) viimeisen kuukauden aikana ja vajaa neljännes (23 %) yhteisiä pistosvälineitä käyttäen. Opiaattien tavallisimpana käyttötapana oli pistäminen (86 %). Pistäminen oli buprenorfiinin käyttötapana (89 %) lähes yhtä yleistä kuin heroiinin pistäminen (92 %). Myös stimulanttien käyttäjistä 79 prosenttia käytti niitä pistämällä.

4.3 Huumeiden ongelmakäyttö ja -käyttäjät muiden tutkimusten mukaan

Kuopion sotilasläänin esikunta on järjestänyt asevelvollisuusajan jälkitarkastuksen pääasiassa varusmiespalvelunsa keskeyttämään joutuneiden henkilöiden sekä kutsuntaan saapumatta jääneiden ja sairastuneiden asevelvollisten osalta. Vuosina 1993–2003 on seurattu tautiluokittain jälkitarkastuksessa todettua tilannetta vaadittujen lääkärintodistusten perusteella. Jälkitarkistettavien määrä on kasvanut niin, että kun vuonna 1993 tarkastettiin 202 asevelvollista, vuonna 2003 luku oli 335. Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt ovat olleet jälkitarkastusten suurin yksittäinen tautiluokitusryhmä (noin 55 % tapauksista). Näiden sisällä merkittävin muutos on ollut alkoholin ja huumeiden aiheuttamien elimellisten aivo-oireyhtymien ja käyttäytymishäiriöiden (F10-F19) lisääntyminen: vuonna 1993 tapauksia oli 2,2 %, 10,1 % vuonna 1999 ja 27,3 % vuonna 2002. Vuonna 2003 luku laski 20,7 prosenttiin. Ryhmän sisällä alkoholin osuus on jatkuvasti vähenemässä. Sijalle ovat tulleet huumeet. Kannabiksen ja amfeetamiinien rinnalla käytetään jo muita pistämällä käytettäviä huumeita ja myös enenevästi aineita rinnakkain. (Koskinen ym. 2005)

Suomessa toteutetun korvaushoidon käytännön ongelmana on todettu olevan hoidossa olevien potilaiden hoidon ohella esiintyvä buprenorfiinin käyttö ja pistäminen.³⁸ Aktiivisessa käyttövaiheessa olevat käyttäjät perustelevat pistokäyttöään usein pistokäytön tehokkuudella ja edullisuudella verrattuna aineiden käyttöön muilla tavoin. Lääkityksen ollessa kohdallaan potilaalla ei farmakologiselta perustalta ole tarvetta käyttää ylimääräisiä annoksia. Uskomukset aineen vaikuttavuudesta ovatkin keskeisiä ns. piikkikoukkuilmiössä. Käyttäjillä nämä uskomukset juontavat aktiivisen käytön aikoihin, käytön ja erityisesti pistämisen aiheuttamaan nopeaan mielihyvän tunteeseen, pistämiseen liittyvään sosiaaliseen kanssakäymiseen ja rituaaleihin. Tutkimuksessa korostettiin, että pistäminen on eräs riippuvuuden, toiminnallisen oheisriippuvuuden muoto. Sitä ei voi esiintyä ilman, että henkilö on tai on ollut riippuvainen jostain fyysisistä riippuvuutta aiheuttavasta aineesta, jota on käyttänyt pistämällä. Pistämisestä eroon pääsemisen avain näyttääkin olevan sellaisen sosiaalisen verkoston syntyminen, johon ei kuulu muita käyttäjiä.

Huumeiden pistoskäyttäjille tarkoitettussa terveysneuvontapisteessä on mahdollisuus vaihtaa käytetyt pistosvälineet puhtaisiin ja myös saada joitain muita palveluja (terveysneuvonta, keskustelut, HIV-pikatestit, suonitulehdusten hoito, B-hepatiittirokotus ym.). Helsingin alueella

³⁸ Huumeiden käyttäjien kokemuksia pistämisestä ja sen pakonomaisuudesta (Harju 2004) selvittävän tutkimuksen aineisto koostui 12 henkilön haastattelusta. Haastateltavat olivat kahden helsinkiläisen avokorvaushoitoyksikön potilaita. Aineisto analysointiin grounded theory -menetelmällä.

toimivaa liikkuvaa terveysneuvontapistettä (ambulanssia) arvioitiin sen vuoden toiminnan aikana.³⁹ Akuutti jatkohoidon tarve oli noin 5 prosentilla asiakkaista. Pisteessä asioineista henkilöistä naisia oli noin kolmannes ja asiakkaiden keski-ikä oli 31,7 vuotta. Eniten uusia asiakkaita tuli 20 - 29 -vuotiaiden ikäryhmästä. Ensikäyntiä edeltävänä kuukautena kolmannes uusista asiakkaista ei ollut käyttänyt mitään muita terveysneuvontapalveluja (ennen uusintakäyntiä 9 %). Haastatelluista pisteen asiakkaista (20) miehiä oli 14, yleisimmin haastateltavat tulivat 19 - 23 -vuotiaiden ikäluokasta (9) ja vanhin asiakas oli yli 40-vuotias. Suurin osa asiakkaista (15) käytti Subutexia pistämällä, 7 pääasiallisena huumeenaan. Amfetamiinin pääasialliseksi huumeeksi mainitsi 6 ja muut käyttivät näitä yhdessä. Valtaosa asiakkaista oli aloittanut huumeiden käytön alle 20 -vuotiaina. Suurin osa haastateltavista (13) oli siirtynyt pistoskäyttöön kahden vuoden sisällä aloitettuaan huumeiden käytön. Noin kolme neljästä seuranta-asiakkaasta (212) ei ollut kuitenkaan kuukautta ennen asioimistaan käyttänyt yhteisesti pistosvälineitä. (Törmä ym. 2005b)

Helsingin Diakonissalaitoksen "Palvelujen ulkopuolelle jääneiden huumeongelmaisten hoito (2003)" -projektissa asiakkuuden kriteeriksi määriteltiin huumeongelma ja vähintään yksi diagnostisoitu psyykinen ongelma, haitallinen psyykinen oireilu tai syrjäytyneisyys. Projektin asiakaskunta muodostui syrjäytyneimmistä osasta huumehoidon poliklinikkapalvelujen (Kurvi) asiakkaista. Projektin asiakaskunnassa HIV-infektioita oli 12 prosentilla, asunnottomia oli 12 % ja lähes puolet oli jossain vaiheessa ajautunut itsemurhayritykseen. Heistä jatkohoitoon, sekä avo- että laitoshoitoon siirtyi 43 %. Hoito- ja kuntoutusprosessi ei kuitenkaan edennyt monenkaan asiakkaan kohdalla kovin pitkäkestoisesti ja he palasivat toistuvasti poliklinikkapalvelujen piiriin.

Suurimmassa syrjäytymisvaarassa olevat tai jo syrjäytyneet alkoholin ja huumeiden käyttäjät asioivat käytännössä kynnyksettömissä päiväkeskuspalveluissa, joihin voi tulla päivällä myös päihtyneenä ja joiden palveluihin sisältyy yhdessäolo, keskustelu, ruokailu, mahdollisuus peseytymiseen ym. Helsingissä sijaitsevan päiväkeskuksen (Stoori) asiakasta tehdyn selvityksen mukaan entisen alkoholistiasiakaskunnan oheen ovat tulleet myös huumeiden käyttäjät (neljännes asiakaskunnasta)⁴⁰. Asiakkaat ovat moniainekäyttäjiä, joille ei oikein ole erityispalveluja, eivätkä he jaksakaan kiinnittyä normaalihoitoon tai sitoutua sen vaatimuksiin. Vuosien myötä asiakaskunta on muuttunut yhä huonokuntoisemmaksi ja ongelmat ovat syventyneet. Asuttomia oli koko

³⁹ Vuoden 2003 lopussa alkaneen toiminnan vakiinnuttua pisteessä oli vuoden 2004 aikana noin 700 asiakasta, yhteensä 2350 asiakaskäyntiä. Tutkimuksen perustaksi palvelutietoja kerättiin seurantalomakkeella 212 uudesta asiakkaasta, jotka eivät olleet kuukautta ennen käyntiään käyttäneet terveysneuvontapalveluja. Lisäksi tehtiin teemahaastattelut 20 asiakkaasta. (asiakkaat valittiin anonymisti, nimimerkkien avulla) Lisäksi haastateltiin yksikössä työskenteleviä henkilöitä (8), muiden palvelujen tuottajia (7) ja ympäristössä toimivia apteekkareja ja poliiseja (4). (Törmä ym. 2005 b)

⁴⁰ Keskuksen asiakaskunnasta haastateltiin puolistrukturoidulla kyselyllä 81 asiakasta, joista 20 voitiin tulkita olevan huumeasiakas. (Törmä ym. 2005a)

asiakaskunnasta noin puolet ja näistä puolet käytti jotain huumeita. Huumeasiakkaille tyypillistä on, että he ovat noin 10 vuotta muuta asiakaskuntaa nuorempaa, mutta kuitenkin selvästi vanhempaa kuin varsinaisessa huumehoidossa olevaa asiakaskunta. Lisäksi ryhmä poikkesi huumehoidon yleisestä asiakaskunnasta siinä, että vaikka asiakas olisi käyttänyt säännöllisesti huumeita pistämällä, hän itse kertoo käyttävänsä ensisijaisesti alkoholia. Vaikka suurella osalla huumeasiakkaista on psyykkisiä jopa psykoottisia oireita, heistä vain 15 % (kolme) oli käyttänyt jotain psykiatrisia palveluja. Koko asiakaskunnasta noin kaksi kolmesta asiakkaasta oli ollut vankilassa - kuitenkin vain kolme huumeasainerikoksista.

Mainitun hankkeen jatkohankkeena käynnistettiin uusi, "Kynnykset pois" hanke. Stoorin palvelut yhdistettiin kokeilun ajaksi ympärivuorokautista huumehoitoa antavaan huumeepoliklinikkaan (Kurvi). Yhteisestä asiakaskunnasta tutkimuksen kohteeksi valittiin kaikkein ongelmallisimmat ns. projektiasiakkaat⁴¹, joita oli vuosina 2003 - 2004 yhteensä 320 asiakasta, joista haastateltiin 12 henkilöä. Ryhmästä kolmannes oli alle 30-vuotiaita syrjäytymisvaarassa olevia, kun taas vanhemmat voitiin lukea valmiiksi syrjäytyneisiin asiakkaihin. Kaikilla nuorilla Subutexin pistoskäyttö oli ensisijainen huumeiden käyttötapa. Iäkkäimmillä päihteiden käyttö oli sekalaisempaa, lähinnä tyyliin "mitä sattuu saamaan", aina alkoholista ja korvikkeista heroiniin ja subutexiin. Asiakaskunnalla esiintyneet psyykkisistä oireista yleisin oli opiaattiriippuvuus, mutta muitakin aineriippuvuuksia esiintyi. Iäkkäämmät asiakkaat olivat lähes kaikki asunnottomia, he olivat kokeneen vankilatuomioita ja heidän perhetaustansa on ollut hyvin rikkonainen. Nuorimmatkaan asiakkaat eivät asu itsenäisesti, heillä on jo rikostaustaa ja jotain rikkonaisuutta perhetaustalla. Kuitenkin nuoret olivat vielä fyysisesti perusterveitä kun taas vanhemmilla asiakkailla elämäntilanne näkyi jo ulkoisesti.

Huumeiden ongelmakäyttötilannetta on kartoitettu Suomen rajojen välittömässä läheisyydessä Luoteis-Venäjällä. Keskeisin ongelmakäyttöaine on alkoholi, jota käytetään keskimäärin enemmän kuin muualla Venäjällä ja myös kuolleisuusluvut ovat korkeammat. Suomen rajan tuntumassa, Murmanskin alueella arvioitiin vuonna 2001 olevan 6 000 -25 000 huumeriippuvaista, 5 000 - 7000 Karjalan tasavallassa, 4 000 - 6 000 Leningradin alueella ja Pietarissa noin 40 000. Yleisimmin käytetty aine on heroini. Nytemmin on siirrytty käyttämään myös synteettisiä huumeita,

⁴¹ projektiasiakkaat on valittu siten, että seuraavista kriteereistä ainakin kaksi toteutuu: psyykkinen diagnoosi, selkeä psyykkinen oireilu, psyykkinen oireilu joka vaikeuttaa selvästi normaalielämää, elämänhallinnan puute, poikkeuksellinen hoitopalvelujen käyttö (ulkopuolinen, suorkuluttaja) tai epävakaa sosiaalinen tilanne (ei ihmissuhteita, vailla vakinaista asuntoa). Projektiasiakkaiksi luokiteltiin vuonna 2003 noin 7 % kaikista huumeepoliklinikan 1300 asiakkaasta. Vuoden 2005 tammikuuhun mennessä ns. projektiasiakkaiden määrä oli kasvanut 320 asiakkaaseen, kun koko perusjoukkoon tuli samana aikana lisää vielä 1700 tänä aikana poliklinikalla arvioitua asiakasta. Projektiasiakkaista 23 on ohjattu päiväkeskuksesta huumeepoliklinikalle, ja heistä ne, joihin saatiin kontakti (12) haastateltiin ja heiltä pyydettiin lupa omien huumehoidon asiakastietojensa käyttöön (Törmä ym. 2005)

esimerkiksi viihdekäyttöön tulleita pillereitä. Pietarissa on myös kokaiini tullut markkinoille ja sen hinta on laskenut nopeasti kolmannekseen entisestä.⁴² (Pakkasvirta 2004)

5. Huumehoito⁴³

Kuntien kaikkia peruspalveluja kartoittavan kyselyn mukaan kolmannes kunnista ilmoitti, ettei huumeongelmaisten avomuotoista vieroitushoitoa järjestetty lainkaan ja neljännes kunnista ei järjestänyt sitä laitospuolisena. Mahdollisuus huumeneulojen ja ruiskujen jakeluun oli 30 prosentilla kunnista. Kolmannes kunnista ei ollut järjestänyt opioidiriippuville korvaus- tai ylläpitohoitoa. Korvaus- ja ylläpitohoitoon pääsi keskimäärin 2 viikossa, mutta jonot Etelä-Suomessa saattoivat olla jopa vuoden pituisia.

Päihdehuollon palvelujärjestelmä on Helsingissä tehdyn selvityksen mukaan pirstaleinen ja rakentunut alkoholiongelmaisten hoidon tarpeisiin. Pullonkauloja ovat mielenterveysongelmista kärsivien päihdeongelmaisten hoito, lasten ja nuorten kokonaisvaltaisen hoidon aikaansaaminen sekä opiaattiriippuvaisten hoidon järjestäminen. Muut tutkimukset tukevat näitä tuloksia. Myös palvelujärjestelmän valmiuksia tarjota nopeasti akuuttipalveluja (katkaisu- ja vieroitushoito) tulisi lisätä ja hoidon jälkeiseen kuntoutukseen tulisi panostaa voimavaroja. Monille vahvasti syrjäytyneille asiakkaille erityisen hyödyllisiä olisivat vähemmän tavoitteelliset hoito-ohjelmat ja tuetun asumisen palvelut. .

Lääkkeettömän yhteisöhoidossa korostettiin yhteisön selkeiden sääntöjen merkitystä rajatta eläneille ongelmakäyttäjille. Säännöt helpottavat hoitoyhteisöön sosiaalistumisen, mikä myös mahdollistaa myöhemmin sosiaalistumisen yhteiskuntaan. Opiaattiriippuvaisten korvaushoidossa arvioitiin vuonna 2004 olleen noin 700 - 750 henkilöä. Huumehoidon tietojärjestelmän mukaan kaksi kolmesta hoidetusta käytti korvaushoidossa buprenorfiinia. Erityisesti metadonihoitoa koskevassa tutkimuksessa todettiin asiakkaiden pysyvyys hoidossa korkeaksi. Koska korvaushoito on pitkäaikaista, sitä on myös ehdotettu siirrettäväksi päihdehuollon yleispalveluihin tai terveydenhuollon peruspalveluihin.

⁴² Venäjällä huumeiden kokeilu ei ollut käytännössä sallittua 1990-luvun alussa ja virallisesti se kiellettiin vuonna 1998. Vuodesta 2004 omaan käyttöön tarkoitetun aineen pienen määrän hallussapidosta joutuu hallinnolliseen vastuuseen, so. sakotetaan.

⁴³ Vrt. Virtanen 2004, luku 11.

5.1 Huumehoidon hoitojärjestelmät⁴⁴

Hoitojärjestelmät ja niiden arviointi

Lääninhallitusten kunnille (446 kuntaa) suunnatun, vuoden 2003 peruspalveluja arvioivan kyselyn yhtenä osana oli päihdepalvelujen saatavuus (Peruspalvelujen arviointi 2004). Kuntakyselyn mukaan huumausaineiden ympärivuorokautinen vieroitushoito järjestettiin useimmiten kuntoutuslaitoksessa, katkaisuhuoltoasemilla tai erikoissairaanhoidossa. Kolmannes kunnista ilmoitti, ettei huumeongelmaisten avomuotoista vieroitushoitoa järjestetty lainkaan ja neljännes kunnista ei järjestänyt sitä laitospalveluina. Alle viikossa päihdehuollon avohoidon pääsi joka kunnassa ja kuntouttavaan laitoshoidon kahdessa kolmesta kunnasta. Mahdollisuus huumeneulojen ja ruiskujen jakeluun oli 30 prosentilla kunnista, oman kunnan alueella vain 10 prosentilla. Tilanne selittyi sillä, että lähikunnat käyttivät suurempien kuntien terveysneuvontapisteitä. Kolmannes kunnista ei ollut järjestänyt opioidiriippuville korvaus- tai ylläpitohoitoa. Useimmissa tapauksissa hoito järjestettiin muualla kuin oman kunnan alueella lähinnä päihdepalvelujen avohoidossa tai osittain myös erikoissairaanhoidossa tai terveyskeskuksissa. Korvaus- ja ylläpitohoitoon pääsi keskimäärin 2 viikossa, mutta jonot Etelä-Suomen joissain kunnissa saattoivat olla jopa vuoden pituisia. Toisaalta on huomattava, että monissa pienissä kunnissa huumehoitopalveluista ei juuri ole kysyntää.

Alkoholi- ja huumeongelmaisten yleisten sosiaalipalvelujen tai terveyspalvelujen käyttö erikokoisissa kunnissa ei vaihtelee suuresti. Sen sijaan päihdehuollon erityispalvelujen käytössä on suuria eroja: yli 150 000 asukkaan kunnissa avo- ja laitoshoitopalvelujen käyttäjien osuus on noin 50 % suurempi kuin maan keskiarvo ja perustarpeiden tyydyttämiseen tarkoitettujen asumis-, päiväkeskus- ym. palvelujen käyttö on kaksinkertainen. Vastaavasti pienissä kunnissa (alle 20 000 asukasta) käytettyjen palvelujen määrä on vajaa puolet maan keskitasosta. (Nuorvala ym. 2005) Vuodesta 1990 lähtien palvelujen kehityksessä on nähtävissä selvä trendi: hoitojaksojen määrä päihdehuollon kuntoutuslaitoksissa on vähentynyt puolella, hoitojaksot sairaaloiden vuodeosastoilla ovat kutakuinkin samalla tasolla kuin vuonna 1990 ja päihdehuollon avohoidossa asiakaskäynnit ovat lisääntyneet noin kolmanneksella. Vaikka laitospalveluja annetaan entistä lyhyempinä jaksoina, kuntoutettavien määrä on puolittunut. Avohoidon palveluja on voimakkaasti lisätty, mutta hoitoon pääsyn kynnyksellä näyttää kasvaneen. Näin erityisesti akuuttipalvelujen saatavuus näyttäisi selvästi heikentyneen ja juuri kaikkein huono-osaisimmilla ja vaikeimmin päihdeongelmaisilla on suurin

⁴⁴ Ks. myös: <http://annualreport.emcdda.eu.int/fi/home-fi.html>

riski jäädä palvelujen ulkopuolelle. Muutos on tapahtunut myös palvelujen organisoinnissa: palvelujen tuottajat ovat yhä suuremmassa määrin järjestöt, eivät kuitenkaan yksityiset palvelujentuottajat. Muutoksen myötä julkinen palvelujen sääntely on vaikeutunut. Tutkija esittää, että päihdehuollon akuuttihoitojärjestelmä tulisi nähdä osana peruspalvelujärjestelmää ja siihen tulisi soveltaa jonkinlaista hoitotakuumenetelmää⁴⁵. Kuntien tulisi myös lisätä osaamistaan palvelujen tilaajana uudelleen organisoituvassa palvelujärjestelmässä. (Kaukonen 2005)

Alkoholi- ja huumeongelmaisen hoito- ja palvelujärjestelmän kynnyksiä koskevassa tutkimuksessa⁴⁶ vahvistuvat edellisen selvityksen olettamukset: vaikka palvelujen tarjonta on lisääntynyt ja monipuolistunut asiakaskunnan ongelmien monimutkaistuessa, ongelmana on, etteivät palvelut ole kaikkien saatavilla. Erityisesti tulisi lisätä palvelujärjestelmän valmiuksia tarjota nopeasti akuuttipalveluja (katkaisu- ja vieroitushoito). Lisäksi tulisi panostaa hoidon jälkeiseen kuntoutukseen, sillä vaikka hoitopaikat lisääntyisivät, hyöty jää kuitenkin rajalliseksi, ellei jälkihoitoa ole saatavilla. Myös koulutuksen ja osaamisen parantamisen tarve tulee selvästi esiin. (Mäkelä ym. 2005)

Paikallisia palvelujärjestelmäkokonaisuuksia arvioitaessa Helsingissä⁴⁷ todettiin, että kaupungin palvelujärjestelmä on rakentunut alkoholiongelmaisten hoidon tarpeisiin, järjestelmä on pirstaleinen ja työnjaossa ongelmia. Huumeongelmaiset tarvitsevat erityisesti matalan kynnyksen palveluja tai pitkiä laitoshoidojaksoja, mikä vähentää alkoholiongelmaisten hoitoihin varattuja resursseja. Lisäksi hoito edellyttää eriytyneempää osaamista ja yhä enemmän terveydenhuollon osaamista. Päihdeongelmaisten (36) hoitoonohjausta ja eri palvelijoiden interventtioiden koordinoitua koskevassa projektissa henkilökohtainen palveluohjaus osoittautui hyväksi keinoksi sitouttaa ongelmainen palvelujärjestelmään. Tosin tässäkin kokeilussa kaikkein syrjäytyneimmät, joiden motivaatio ei ollut kohdallaan, näyttivät putoavan hankkeesta (Korteniemi 2004). Lisäksi mielenterveysongelmista kärsivien päihdeongelmaisten ja opiaattiriippuvaisten hoidon saattaminen tarpeita vastaavaksi osoittautui palvelujärjestelmän kannalta erityisen ongelmalliseksi. Vastaavat ongelmat kuvaavat myös päihdehuollon palvelujen ongelmia muissa kaupungeissa.

⁴⁵ Maksimiaika hoidon tarpeen arviointiin pääsulle, vieroitushoitoon pääsulle ja varsinaiseen hoitoon pääsulle.

⁴⁶ Selvityksen aineisto perustuu paikallisen palvelujen kehittämisminäarin puheenvuoroihin (17), sosiaali- ja terveystoimen työntekijöiden haastatteluihin kahdella paikkakunnalla (13) sekä asiakkaiden osalta avo- ja laitospalvelujen asiakkaiden haastatteluihin (22) sekä vertaisryhmäseminäarin ryhmätöiden tuloksiin (26). (Mäkelä ym. 2005)

⁴⁷ Helsingin hankkeessa asiakaspalauteaineisto kerättiin palveluysiköistä, jotka on tarkoitettu mahdollisimman eri tyyppisistä, eri asiakasryhmille sekä toimintatavoiltaan erilaisista alueista edustavista yksiköistä. 1.11.2002 - 31.12.2002. Päihdehuollon avopalveluista tavoitettiin 107 ja laitospalveluista 177 asiakaskasta. Lisäksi tutkimuksessa haastateltiin päihdehuollon 25 asiantuntijaa ja yhteistyökumppania syksyllä 2002 ja keväällä 2003. Helsingin kaupungin A-klinikkien 7 johtajaa ja noin kolmannes johtavista sosiaalityöntekijöistä vastasivat myös hoitojärjestelmää koskeviin kysymyksiin. (Törmä ym. 2004)

Tampereella vuonna 2002 käynnistetyn matalakynnyksisen, läpi vuorokauden palveluja tuottavan yksikön (Matala)⁴⁸ arvioinnin mukaan yksikkö onnistui ensimmäisen toimintavuotensa aikana tavoittamaan 18 - 25 -vuotiaita huume- ja sekakäyttäjiä, joiden ainoa asiakassuhde oli aikaisemmin rajoittunut terveysneuvontaan ja sosiaalitoimistoon. Kysytyimpiä palveluja olivat terveydenhuollon ja lääkärin palvelut. Matala kokosi suuren määrän tuki- ja hoitopalveluita haluavia huumeiden käyttäjiä yhteen paikkaan ja näin uusien asiakkaiden tavoittaminen ja motivointi parantui, hoidon tarpeen arvoinnit keskittyivät yhteen paikkaan ja hoitojatkumoiden rakentuminen kehittyi. Kuitenkaan hankkeen yksi keskeinen päämäärä, hoitojonojen vähentyminen, ei toteutunut, sillä asiakaskunta laajeni ja samalla rinnakkaisten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kysyntä lisääntyi. (Kekki 2004)

Kahden vuoden jälkeen Matala on selkeästi linjannut palvelunsa. Asiakkaille, joilla ei ole muutoshalukkuutta, tarjotaan päiväkeskus- ja terveysneuvontapalveluja. Kun asiakas on kypsytynyt etsiäkseen muutoksia päihteidenkäyttöön, hän siirtyy elämän hallinnan tukemista painottavaan avokuntoutukseen, jossa vaihtoehtona on myös varsinainen hoitoonohjaus muualle vieroitukseen tai kuntoutukseen. Avokuntoutukseen sisältyy myös ryhmätoimintaa, esimerkiksi opiaattikorvaushoitoon jonottaville. Kuntoutusprosessin jälkeen Matala toimii paikkana johon asiakas voi aina palata mahdollisten retkahduksien myötä. Yksikössä ei testata asiakkaan motivaatiota, asiakkaalta ei odoteta liikoja ansaitakseen paikkansa yksikössä, mutta aineita ei saa käyttää tai myydä yksikössä eikä yksikkö hyväksy uhkailuja tai väkivaltaa. Matalan kokemus osoittaa, että käyttövaiheessa olevien huumeongelmaisten kanssa ei toimi päihdetyölle tavanomainen tavoitetyöskentely. Kahden toimintavuotensa aikana yksikössä on asioinut 900 asiakasta keskimäärin 170 kuukaudessa. Matalan osana toimii myös terveysneuvontapiste Nervi, jossa asioin noin 200 asiakasta kuukaudessa. Hoitojärjestelmän ongelmina myös Tampereella ovat huumevieroitukseen pääsy ja huumeasiakkaiden pääsy mielenterveyspalveluihin. (Perkiö ym. 2004)

Tampereen yliopistollisen keskussairaalan akuuttipsykiatrian osastolla kerättiin 1.1.2002 - 31.5.2005 vapaaehtoisena kyselynä aineisto 84 huumehoidon aloittavilta potilailta, joilla hoitoon tulon syy oli vaikea huumeriippuvuus ja jolle suunniteltiin vähintään 3 kuukautta kestävää hoitoa.⁴⁹ Tutkimukseen osallistuneiden keski-ikä oli 26,4 vuotta ja heistä noin kolmannes oli naisia.

⁴⁸ Tampereen matalakynnyksisen hoitoyksikön arviointi tehtiin kyselyillä henkilökunnalle (koko henkilökunta ennen toiminnan aloittamista ja vajaan vuoden toiminnan jälkeen) sekä asiakaskunnalle (86 vastausta kaikista 572 asiakkaasta) sidosryhmille (kysely osoitettiin 52 sidosryhmän edustajalle, vastausprosentti oli 60 %) vajaan vuoden kuluttua toiminnan aloittamisesta.

⁴⁹ Tutkimus tehtiin yhteistyössä 21 muun Pirkanmaan hoitoyksikön kanssa. Tutkimuslomakkeista palautettiin ja hyväksyttiin 77 % (65 potilasta) koko aineistosta.

Vastaajista yli 90 % käytti opiaatteja, 90 % huumeita päivittäin ja 90 % pistämällä. Samanaikaisia muita diagnostisoituja mielenterveyshäiriöitä oli neljänneksellä potilaista. Kuukauden kuluttua osastolta muualle jatkohoitoaipaikkaan siirtyneille potilaille tehdyn seurantakyselyn mukaan jatkohoidon aloitti 47 ja hoidossa oli edelleen 35 potilasta. Kolmen kuukauden jälkeen hoidossa oli 31 henkilöä, joista 19 potilasta oli korvaus- tai ylläpito-hoidossa (kolmannes metadoni-hoidossa). Hoidon keskeyttämisen syyt olivat sopimushoitorikkomus (13 asiakasta), potilaiden oma tahto (12), esimerkiksi hoidon kokeminen itselle sopimattomaksi, tai ongelmat jatkohoitoon siirryttäessä (9), esimerkiksi hoitopaikkajonot. Työntekijöiden arvioissa retkahdukset tulivat yllätyksinä, sillä arvioiden mukaan hyvin motivoituneista potilaista yli puolet keskeytti hoidon. (Järvenkylä 2004)

Hoitojen osalta keskeyttämisprosentti vaihteli korvaus- ja ylläpito-hoidon 10 prosentista muiden hoitojen 74 prosenttiin. Opioidia korvaavan lääkityksen lisäksi muu lääkitys paransi hoidossa pysymistä. Perinteisiin päihdehuollon laitoksiin, joissa hoito suunnitellaan yleensä kuukauden perioideissa, ohjattiin 18 potilasta, joista lähes puolet keskeytti hoidon jo alkuvaiheessa ja vain yksi oli hoidossa kolmen kuukauden kuluttua. Huume-hoidon erikoisyksikköihin, joissa hoidon suunnitteluperiodi on vähintään puoli vuotta, suunnattiin 13 potilasta, joista 11 aloitti näissä hoidon ja kolmen kuukauden päässä hoidossa oli vielä 6 henkilöä. Kirjallisessa palautteessa esiin tulivat perinteisten alkoholinkäyttäjien ja nuorten huumeidenkäyttäjien erilainen suhtautumistapa kontrolloituun hoitoon ja potilaan itsenäiseen ja omaehtoiseen asemaan hoidossa. Alkoholien käyttäjät suhtautuivat myönteisemmin kontrolliin kun taas huumeiden käyttäjät edellyttivät omaa mahdollisuuttaan vaikuttaa myös hoidon sisältöihin. Parhaiten hoitoon kiinnittyviä olivat 25 - 29 - vuotiaat. Hoidossa pysyivät parhaiten huumeiden käyttöuransa alkuvaiheessa olleet. Myös säännöllinen parisuhde ja kotona asuvat lapset auttoivat kiinnittymään hoitoon. Psykiatrisen diagnoosin omaavista potilaista noin neljännes oli hoidossa kolmen kuukauden jälkeen. Potilaiden mukaan keskustelut ja vuorovaikutus oli tärkein asia kaikissa hoidon vaiheissa. Lisäksi lääkehoito koettiin tärkeäksi hoitoelementiksi. Hoidon edistyessä myös vertaistuen merkitys kasvoi. (Järvenkylä 2004)

Kaikkein syrjäytyneimmille osoitetun matalan kynnyksen päiväkeskuksen (Stoori) asiakaskunnasta⁵⁰ kaikilla ei ole mitään halua luopua päihteistä, vaan he hakevat vain lepojaksoja ja kattoa pään päälle. Keskusten käytetyimpiä palveluja olivatkin kahvila- ja ruokailupalvelu, mahdollisuus henkilökohtaisen hygienian hoitoon ja vaatehuoltoon, keskustelut henkilökunnan kanssa sekä sosiaalityöntekijän palvelut käytännön asioiden hoidossa. Monilla on

⁵⁰Kyseessä on kynnykset pois hankkeen projektiasiakaskunta (vrt. luku 4.3).

ylitsepääsemättömiä vaikeuksia kaikessa asioinnissa ns. yhteiskunnan normaalipalveluissa. (Törmä 2005b)

Asiakaskunnasta osa on täysin muiden palvelujen ulkopuolella toiset taas palvelujen suurkuluttajia, jotka ovat välillä päihdehuollon kuntoutuksessa, välillä vankilassa ja terveydenhuollon poliklinikoilla palatakseen taas kadulle. Ongelmaisimpia ovat kaksoisdiagnoosipotilaat, jotka olisivat selvästi psykiatristen hoitojen tarpeessa, mutta joihin päihdeongelmaiset eivät juuri pääse. Varsinkin iäkkäimmillä asiakkailla on sellaista oirehdintaa, jota ei käytännössä voi hoitaa päihdehuollossa. Mielenterveysongelma jää hoitamatta ja asiakkaiden itselääkitys huumeilla ja rauhoittavilla lääkkeillä jatkuu. Myös korvaus- ja ylläpitohoitoon on selvä tarve, mutta vaikka syrjäytyneimmät asiakkaat ovatkin yrittäneet vuosia käydä läpi korvaushoidon arvioita, he ovat jatkuvasti pudonneet pois hoitajonoista. (Törmä 2005b)

Asiakastyypinä huono-osaisimmat eivät sovi alkoholiongelmaisille, huumeongelmallisille tai mielenterveysongelmallisille tarkoitettuihin eriytyneihin yksikköihin. He eivät jaksakaan kiinnittyä normaalihoitoon tai sitoutua sen vaatimuksiin. Tutkimuksen mukaan asiakkaille erityisen hyödyllisiä olisivat vähemmän tavoitteelliset hoito-ohjelmat ja tuetun asumisen palvelut. Koko hoitoketjun kytkeminen yhteen niin, että hoitojärjestelmässä voi edetä joustavasti omien tarpeiden ja voimavarojen mukaisesti olisi moniongelmaisten asiakkaiden kannalta erityisen tärkeää. Palvelut naisasiakkaille olisivat myös tärkeitä, sillä he ovat erityisen ongelmaisia miesvaltaisissa hoitopalveluissa ja ovat usein joutuneet rahoittamaan prostituutiolla aineidensa hankintaa. Huono-osaisuus ja yhä syvenevä syrjäytyminen on koskettamassa yhä enemmän myös nuoria, jotka joutuvat yhä uudelleen palvelujärjestelmän "kierrätykseen" ja muuttuvat vähitellen irrallisiksi ja mihinkään kiinnittymättömiksi asiakkaiksi. Tutkimuksen mukaan erityisesti nuorten psyykkisten ongelmien hoito olisi tärkeää, ennen kuin he siirtyvät itselääkitykseen pähteiden avulla. (Törmä 2005b)

Huumehoidon palvelujärjestelmän kehittämiseksi tehdyn päihdelääketieteen yhdistyksen huumeepoliittisen kannanoton mukaan valtioneuvoston huumausainepoliittisen periaatepäätöksen 2004 - 2007 voimaan saattamiseksi

1 vuosille 2005 - 2007 tulisi varata vuosittainen erillismääräraha matalan kynnyksen palvelujen ja korvaus- sekä ylläpitohoidon kehittämiseen

2. määrärahan turvin kunnat tulisi velvoittaa saattamaan kuntoon 1.3.2005 voimaan astuvien terveydenhuollon hoitotakuulakien mukainen valmius huumehoitopalvelujen turvaamiseksi

3. tehokkaana ja vähemmän väärinkäyttöriskin buprenorfiini-naloksoni yhdistelmävalmisteele tulisi pikaisesti hyväksyä myyntilupa
4. opiaattiriippuvaisten lääkehoitoa koskeva lainsäädäntöä tulisi muuttaa siten, että buprenorfiini-naloksoni yhdistelmävalmisteen apteekkijakelu tulisi mahdolliseksi ja se tulisi saada erityiskorvattavien lääkeaineiden joukkoon
5. valtion tulisi tukea kroonisesti opioidiriippuvaisten lääkehoitokäytäntöjä koskevaa tutkimusta
6. Suomen lääkäriliitto paneutuisi perusteellisesti koko lääkärikuntaa koskevaan lääkärin määräämien lääkkeiden väärinkäyttöongelmaan. (Päihdelääketieteen yhdistys 22.11.2004)

Suomen lähialueyhteistyön osana toteutetussa, Luoteis-Venäjän huumehoitojärjestelmää koskevassa selvityksessä todettiin, että huumeriippuvaisten hoidon laatu vaihtelee hyvin suuresti alueella. Hoitopaikkoja on vähän, erityisesti maaseudulla, hoito on lähinnä vieroitushoitoa ja kuntouttava hoito on vasta kehittymässä. Esimerkiksi Pietarissa on noin 1200 hoitopaikkaa ja noin 60 kuntouttavaa paikkaa. Hoito on julkisissa laitoksissa ilmaista, jos asiakkaan voi kirjata viranomaisrekisteriin. Ongelmana on myös, että hoidon jälkeistä sosiaalista apua ei ole saatavissa. Viimeaikoina käynnit lääkarilla ovat vähentyneet, minkä arvioidaan kuvaavaan siirtymistä heroiinin käytöstä muihin aineisiin. Erityisen riskin Luoteis-Venäjän huumeilanteessa aiheuttaa HIV-tartuntojen määrä. Virallisesti Luoteis-Venäjällä on noin 35 000 HIV-potilasta, mutta asiantuntijoiden mukaan luku pitäisi kertoa viidellä. Huumeidenkäyttäjillä HIV-tartunnat ovat yleisiä ja esimerkiksi katuprostituoiduista (jotka ovat suurimmaksi osaksi myös huumeiden käyttäjiä) noin puolella on HIV vuonna 2004 tehdyn tutkimuksen mukaan. Perinteisesti huumeekysymykset ovat kuuluneen terveydenhuollolle tai miliisille, toimenpiteet ovat olleet hoito tai rangaistukset, mutta näiden sektorien yhteistyötä ei juuri ole ollut. (Pakkasvirta 2004)

Huumehoidon koulutusjärjestelmä

Vuoden 2005 keväällä uudistettiin päihdehuollon yksiköille suunnattu huumehoidon osaamista ja koulutusta käsittelevä verkostosivusto (www.a-klinikka.fi/huuko), ja myös muita verkkopohjaisia koulutusjärjestelmiä arvioitiin⁵¹ (esimerkiksi Bothas 2005a; Romppainen ym. 2005)

⁵¹ Vrt. luku 3.1.

Hoitojärjestelmät erityisryhmille

Riihimäen, noin 25 000 asukkaan kaupungin neuvolassa raskaana oleville huumeita käyttävälle naisille kerrotaan mahdollisuudesta saada apua ja tukea syntyvän lapsen suojelemiseksi. Samalla heitä motivoidaan osallistumaan hoito-ohjelmaan huumeiden käytön lopettamiseksi. Hoito-ohjelmassa pyritään siihen, että äiti kohtaa toimipisteessä asioidessaan aina saman terveydenhoitajan, lääkärin, päihdehuollon työntekijän ja sosiaalityöntekijän. Tarvittavat laboratorio- ja äitiyspoliklinikkakäynnit ohjelmoidaan tihennettyjen neuvolakäyntien tueksi. Mikäli äiti kieltäytyy yhteydenotoista, tehdään lain mukaan lastensuojeluilmoitus lapsen synnyttyä. Sairaalahoidossa lasta tarkkaillaan syntymän jälkeen viikon verran mahdollisten vieroitusoireiden vuoksi ja samalla saadaan käsitys vanhempien suhtautumisesta lapseen. Kotiutuksen jälkeen äitiysneuvolan työntekijä tekee perheeseen kotikäynnin. Perhe käy lastenneuvolassa alkuun tiheästi ja jatko määräytyy lapsen voinnin ja kehityksen sekä perheen tilanteen mukaan. (Koskivuori ym. 2004)

Tampereen yliopistollisen keskussairaalan äitiysneuvolassa on vauvaperheyksikkö, joka on äitien kokonaishoitoa koordinoiva, psykiatrasta ja päihdelääketieteellistä osaamista edustava yksikkö. Yksikkö seuraa perheen tilannetta vielä vuoden synnytyksen jälkeen. Yksikköön ohjattiin 1.6.2002 - 28.2.2003 kaikkiaan 40 äitiä (1,2 % kaikista synnyttäjistä) vauvaperheyskikköön päihteiden käyttöä kartoittavan (AUDIT) kyselyn perusteella. Heistä 83 % oli käyttänyt huumeita. Aktiivisen päihdehoidon tarve todettiin 21 äidillä. Heistä 3 oli opioidikorvaushoidossa ja neljä muussa päihdehoidossa. Näin päihdelääketieteellisen hoidon tarpeen arviointiin kutsuttiin 14 äitiä. Tulosten mukaan päihderiippuvuusdiagnoosi annettiin 12 äidille, josta puolet oli käyttänyt suonensisäisesti joko amfetamiineja tai opiaatteja. Kaikilla arviointiin osallistuvilla äideillä todettiin mielenterveysongelmia. (Alaja ym. 2004).

Tampereen yliopistollisen keskussairaalan vauvaperheprojektissa on vuoden 2002 lopusta lähtien kartoitettu kaikkiaan 110 perheen tilanne vauvaperheprojektissa ja opioidilääkehoito on aloitettu 11 raskaana olevalle opioidiriippuvuudesta kärsivälle naiselle. Potilaiden tullessa hoitoon, kaikki hoitovaihtoehdot käydään läpi, mukaan luettuna vieroittautuminen, ja mikäli hän ei ole näihin motivoitunut tai arvioidaan ettei hän niihin kykene, aloitetaan buprenorfiinihoito. Oheiskäyttöä seurattiin vähintään kahdesti kuukaudessa huumesuoloilla ja pistosjälkien tarkkailulla. Kaikki potilaat käyttivät raskauden aikana myös muita lääkkeitä, esimerkiksi unilääkkeitä. Potilaista oli tulosten raportointivaiheessa vielä 2 raskaana, 6 oli synnyttänyt terveen lapsen ja kolmen raskaus oli

keskeytynyt vakavan sikiövaurion vuoksi. Kaksi äideistä oli ollut koko raskausajan buprenorfiinihoidossa ja molemmissa tapauksissa raskaus oli päättynyt sikiövaurioon. Molemmat ehtivät olla buprenorfiinihoidossa jo ennen raskauden alkua. Molempien huumeaseulojen tulokset olivat kuitenkin koko ajan negatiiviset. (Strengell ym. 2005)

Buprenorfiinilla raskausaikana hoidettujen määrä on pääkaupunkiseudulla ollut suurempi kuin Tampereella mutta elinvaurioita on esiintynyt vain yhdellä katuhuumeiden käyttäjällä. Molemmissa yksiköissä buprenorfiiniannokset on pyritty pitämään määrässä, joka juuri ja juuri estää vieroituslaitokset. Suomen epämuodostumarekisteriin ei ole tehty ilmoituksia buprenorfiinin aiheuttamista vaurioista. Myöskään eläinkokeissa ei ole löytynyt poikkeavuuksia, jotka voisi liittää buprenorfiinin käyttöön. Tutkimuksen vähäisyyden, pienten otoskokojen ja ristiriitaisten tietojen perusteella ei buprenorfiinin turvallisuudesta raskauden aikana voida tehdä varmoja päätelmiä. Potilastapausten perusteella näyttäisi siltä, että etenkin raskausajan alkuvaiheessa buprenorfiiniannos olisi pidettävä mahdollisimman pienenä. Metadonin raskausaikaisesta käytöstä on enemmän tietoa, siksi se voisi olla turvallisempi vaihtoehto raskauden alkuaikana. Koska useimmat raskaaksi tulevat opioidiriippuvaiset naiset käyttävät buprenorfinia, lääkkeen vaihtaminen on aina riski raskauden aikana. Jos hoito kuitenkin aloitetaan metadonilla, on harkittava vaihtoa buprenorfiiniin ennen synnytystä, vastasyntyneen vieroitusoireiden välttämiseksi. (Strengell ym. 2005)

5.2 Lääkkeetön huumehoito⁵²

Yhteisökasvatuksen periaatteella toimivasta, 18 vuotta täyttäneille, vaikeasti päihderiippuvaisille tarkoitetun Mikkeli-yhteisön toiminnasta tehdyssä tutkimuksessa mukana oli 43 syyskuusta 1998 vuoden 1999 loppuun mennessä hoitoon hakeutunutta asiakasta, 15 naista ja 28 miestä. Kuntoutuksen loppuun asti jatkoi 17 asiakasta. Yhteisössä ongelmaisia kutsutaan oppilaiksi, joiden on tarkoitus opiskella uusi elämäntapa kuntoutuksessa ollessaan. Oppimisessa tärkeintä on tapojen, asenteiden ja arvojen muuttuminen - sen sijaan yhteisössä ei pyritä muuttamaan henkilön peruspersoonallisuutta. Sosiaalistumalle yhteisöön on mahdollista sosiaalistua myös yhteiskuntaan. Yhteisön toimintamallin mukaan huumeet ovat ennen kuntoutusta olleet keino vähentää emotionaalista tuskaa, ne ovat tulleet yksilön ja hänen sosiaalisen elämänsä väliin ja

⁵² Ks. myös <http://annualreport.emcdda.eu.int/fi/home-fi.html>

persoonallisuuden kehitys on pysähtynyt monilta osin varsinkin, jos huumeiden käyttö on alkanut varhaisnuorisossa. (Hännikäinen-Uutela 2004)

Yhteisöhoidossa väkivalta ja sillä uhkaaminen, päihteidenkäyttö sekä seksisuhteet on kielletty. Kiellolla taataan yksilölle fyysinen koskemattomuus ja turvallisuus. Yhteisö toimii kuntoutuksen aikana ikään kuin perhe, henkilökunnan jäsenet ovat ikään kuin isä ja äiti sekä vanhemmat asiakkaat isosisaruksia. Uudessa perheessä yksilö saa mahdollisuuden myönteisiin ihmissuhdekokemuksiin. Yksilöllä itsellään on kuitenkin vastuu toiminnastaan. Yksinkertaisilla malleilla autetaan yksilöä ymmärtämään ja hallitsemaan elämäntilannettaan sekä muuttamaan elämän- ja päihteidenkäyttötapojaan. (Hännikäinen-Uutela 2004)

Toisessa yhteisöhoitoa 18 -vuotiaille huumausaineiden käyttäjille tarkoitetussa hoitoyksikössä, Kalliolan Kiskossa, yhteisöhoito perustuu päihteettömän elämäntavan tavoitteluun ja motivointiin elämänikäiseen kasvuun.⁵³ Klinikin henkilökunnan mukaan yhteisöhoito sopii erityisesti rajatta kasvaneille, pitkän päihdehistorian omaaville huumeiden käyttäjille. Kun elämän perusasioita ei ole opittu varhaisessa vaiheessa, ne tuodaan yhteisön arkeen. Käytännöt ja säännöt yhteisössä luovat oppimiskokemuksia sekä mahdollistavat tunteen vastuusta. Henkilökunnan mukaan hoitopaikan hierarkkinen rakenne palvelee hoitoa siten, ettei selkeistä säännöistä tarvitse alati neuvotella. Hoidon aloitus on herkkä vaihe keskeytyksille, kun asiakas ei ole vielä kiinnittynyt hoitoon. Tällöin yhteisön merkitys tukena on tärkeää. Asiakkaiden mukaan klinikka soveltuu rankan päihdehistorian omaaville narkomaaneille. Kiskohoito edellyttää vahvaa halua raittiuteen. Muita huumehoitoja kritisoitiin lepokotiomaisuudesta. Asiakkaiden elämäntarinoissa oli nähtävissä kovuuden ihannointi, jolloin myös elämänkerta muodostui eräänlaiseksi sankaritarinaksi. Kovuuden eetos linkittyi Kiskoon pisteessä, jossa hakeuduttiin hoitoon. Vaikka hoidon pehmeä puoli tuotiin esiin haastatteluissa, maineella saattoi kuitenkin olla tärkeä merkitys huumeiden käyttäjien omanarvontunnolle. Kiskon toiminnan arvioinnissa hoidosta saatu palaute oli hyvin positiivista. Tutkimus osoitti, että Kiskolla on tietty status käyttäjäpiireissä. Eräs haastatelluista kertoi viihtyneensä keskitysleirin mainetta kantaneessa Kiskossa, kun taas hoitonsa keskeyttänyt pettyi itseensä, koska ei kyennyt suorittamaan arvostamaansa "narkkarien yliopistoa". (Heikkilä 2005; 2005b).

⁵³ Tutkimuksessa haastateltiin koko henkilökunta (10), 15 hoidossa olevaa oppilasta. Hoidon lopettaneista tehtiin 10 haastattelua ja hoidon keskeyttäneistä 5 haastattelua.

5.3 Korvaus- ja ylläpitohoito⁵⁴

Vuonna 2003 arvioitiin, että lääkkeellisessä korvaus- ja ylläpito-hoidossa oli kaikkiaan 700 - 750 henkilöä (Vorma ym. 2005). Huumehoidon tietojärjestelmässä vuonna 2004 mukana olleista, ensisijaisesti opiaattien vuoksi hoitoon hakeutuneista kaikkiaan 19 prosentilla hoitomuotona oli opiaattiriippuvaisille tarkoitettu lääkkeellinen avo- tai laitoshoido. Osuus oli muutaman prosenttiyksikön suurempi kuin edellisellä vuonna (16 %). Järjestelmän mukaan opiaattiriippuvaisten lääkehoidossa käytetyistä lääkeaineista buprenorfiini (63 %) oli yleisemmin käytetty lääkeaine kuin metadoni (32 %) vuonna 2004. Lääkehoidossa käytetystä buprenorfiinista 60 prosenttia oli Subutexia® ja 40 prosenttia buprenorfiinin lisäksi naloksonia sisältävää Suboxonea®. (Partanen 2005)

Helsingin vieroitushoitopoliklinikalla on tehty opiattiriippuvaisten buprenorfiini-korvaushoitoa yli viisi vuotta. Vuonna 2004 korvaushoidossa on 40 potilasta, joista kolmannes metadonikorvaushoidossa. Lääkityksen valinta tehdään potilaskohtaisesti: osa on siirtynyt buprenorfiinista metadoniin, koska buprenorfiiniannos ei ole riittänyt ja suonensisäinen käyttö on jatkunut edelleen, vaikka annoskoko on ollut maksimitasolla. Motivaatio hoitoon on ehto lääkityksen tai muu hoidon onnistumiseen. Erityisesti moniongelmaisuus ja sekakäyttö vaikeuttavat tätä. Tällä hetkellä jokaiselle asiakkaalle tehdään henkilökohtainen hoitosuunnitelma aina kolmeksi kuukaudeksi eteenpäin. Asiakas käy noutamassa annoksensa päivittäin, mutta jos päästään tilanteeseen, ettei pistoskäyttöä esiinny ja asiakas pitää kiinni sopimuksista, myös kotiannokset tulevat mahdollisiksi - pisimmille hoidossa olleille viikon annoksina. Lääkkeiden lisäksi hoitoon kuuluu viikoittaiset käynnit omahoitajan luona. Seurannan mukaan onnistuneen korvaushoidon myötä narkomaanin identiteetti jää taka-alalle. Jos hoito ei kuitenkaan onnistu, potilasta ei mielellään kirjata ulos, vaan hänen kanssaan yritetään sopia kevennetystä korvaushoidosta, joka sisältää vain lääkkeensaannin. Erityisinä puutteina yksikön toiminnassa koetaan psykiatrisen osaamisen puute ja yhteistyö psykiatrasta hoitoa tekevien yksikköjen kanssa. (Saukkonen 2005)

Helsingin yliopistollisen keskussairaalan (HYKS) päihdepsykiatrian yksikkö on tärkein opioidiriippuvaisten korvaus- ja ylläpito-hoidon arviointikeskus Suomessa. Potilaita on ollut opioidikorvaus- tai ylläpito-hoidossa vuodesta 1997 lähtien 178. Psykososiaalinen kuntoutus (lääkärikäynnit, omahoitajakäynnit, ryhmähoito jne.) on olennainen osa kokonaisuhoitoa. Potilaalta

⁵⁴ Ks. myös tietokioski tai tilastotiedote: <http://annualreport.emcdda.eu.int/fi/home-fi.html>.

otettiin lisäksi virtsasta seula satunnaisesti ainakin 4 kertaa kuukaudessa. Yksikössä suoritettiin seurantatutkimus vuosien 2000 - 2002 aikana aloitettujen uusien korvaushoitojaksojen tuloksista. Hoitojaksoja oli tänä aikana 70. Tutkimus tehtiin takautuvasti sairauskertomusten perusteella. Seuranta-aika oli hoitojaksojen alusta kesäkuun 2004 loppuun tai hoidon päättymiseen. (Vorma ym. 2005)

Kaikki potilaat olivat metadonikorvaushoidossa.⁵⁵ Tutkimusaikana potilaat tulivat hoitoon nykykäytäntöä vaativamman arvioinnin perusteella (hoitoon hyväksyttiin vain yli 20-vuotiaita opiidiriippuvaisia, joilla oli todettu pakonomaista opioidien käyttöä vähintään neljän vuoden ajan). Tutkimusajanjaksona potilaista kolme neljästä oli miehiä ja heidän keski-ikänsä oli 33,8 vuotta. Hoitoontulovaiheessa säännöllisen opioidien käytön mediaani oli 10 vuotta ja lähes kaikilla oli krooninen C-hepatiitti. Potilaiden päihdediagnoosit olivat lähes kaikki riippuvuusdiagnooseja samoin lähes kaikilla potilailla oli jokin muu samanaikainen psykiatrinen diagnoosi, yleensä persoonallisuushäiriö tai mielialahäiriö. (Vorma ym. 2005)

Potilaat pysyivät hoidossa hyvin, sillä 94 % oli hoidon piirissä vielä vuoden kuluttua hoidon aloittamisesta. Seuranta-aikana kaikkiaan 9 potilaan kohdalla hoito keskeytyi tai keskeytettiin. Opioidien käyttö väheni niin, että vähintään 1,5 vuoden aikana hoidossa olleista (56) potilaasta 75 %:lla ei esiintynyt lainkaan ylimääräisten opioidien käyttöä viimeisen vuoden aikana. Myös muiden riippuvuuksien osuus väheni huomattavasti. Kaksi potilasta vieroittautui suunnitelman mukaan metadonikorvaushoidosta. Koska lähes kaikki potilaat olivat hoidon alussa myös benzodiatsepiiniriippuvaisia ja koska benzodiatsepiini tehosti korvaushoitona käytettävän aineen lamaavia vaikutuksia, tutkimuksessa pidettiin tärkeänä benzodiatsepiiniriippuvuuden hoitoa korvaushoitoa ennen tai aivan sen alussa. Vaikka potilaat ovat moniongelmaisia ja tarvitsevat paljon psykososiaalista tukea, hyvin kuntoutuvien potilaiden jatkohoidon siirtoa perusterveydenhuollon tasolle tulisi lisätä, koska hoidot ovat kestoltaan hyvin pitkäaikaisia. (Vorma ym. 2005)

Kuopion yliopistollisen sairaalan huume- ja lääkeriippuvuuspoliklinikalle 1.2.2001 - 1.2.2002 tulleiden 55 potilaan seurantatutkimuksessa oli mukana asiakkaita, joiden yhtenä pääpäähteenä oli hoitoon tullessa amfetamiini 58 %, opiaatti 27 % ja kannabis 58 %. Kolmea tai useampaa ainetta käytti lähes puolet ja 15 % amfetamiineja ja opiaatteja yhdessä. Vuoden aikana omaehtoisesti hoidon lopettaneiden määrä oli suuri (25 %), muuta hoidossa oli silti noin 50 % tutkimuspotilaista. Vuoden jälkeen hoidossa olleiden potilaiden huumeiden käyttö väheni, pistoskäyttäjien määrä oli

⁵⁵ Käytetty annos oli keskimäärin 130 mg / vrk ja 61 potilasta sai myös benzodiatsepiinilääkitystä.

vähentynyt yli puolella ja potilaiden työllisyystilanne parani hieman. Näistä korvaushoidossa oli vuoden jälkeen kolmannes. Korvaushoitojen toteuttaminen erikoispoliklinikalla kuitenkin täytti lähes koko poliklinikan hoitokapasiteetin ja aiheutti pitkiä hoitojonoja uusien potilaiden tutkimukseen ja hoitoon pääsyle. Tutkimus peräinkin Hyksin tutkimuksen lailla hoidon porrastusta ja jatkohoitopaikkoja, esimerkiksi perusterveydenhuollossa, joihin jo vakiintuneet hoidot voitaisiin siirtää. (Aira ym. 2004)

Edelliset tutkimukset esittivät jo vakiintuneen korvaushoidon siirtoa perusterveydenhuollon yksikköihin. Noin 35 000 asukkaan Nurmijärven kunnassa Etelä-Suomessa tutkittiin korvaushoidon niveltymistä perusterveydenhuollon terveyskeskushoittoon. Korvaushoito aloitettiin Nurmijärven terveyskeskuksessa vuonna 1998 ja kevääseen 2002 mennessä terveyskeskuksessa oli hoidettu 13 opioidiriippuvaista. Kevääseen 2004 mennessä hoidossa oli ollut 30 potilasta. Toiminnan arviointi perustui 27 kunnan avainhenkilön haastatteluun. Aineisto kerättiin vuosina 2003 - 2004. Kokemuksen perusteella hoidon tulee perustua riittävään asiantuntemukseen ja resurssointiin: yksi päihdetyöhön erikoistunut työntekijä - jotka osallistuu samalla muiden päihdeongelmaisten hoitoon - voi hoitaa keskimäärin viittä opioidiriippuvaista, muuten psykososiaalinen tuki kärsii. Asiakkaille onkin nimetty omahoitaja ja yhteistyö muiden tahojen sekä läheisten kanssa on mahdollista. Tehokas turvajärjestelmä on tarpeen murtojen ja varkauksien estämiseksi. Hoitajan ja hoidettavan välisiin keskusteluihin on myös osoitettava erillinen tila. Tutkimuksen mukaan terveyskeskuksessa hoidossa olevien opioidiriippuvaisten potilaiden aiheuttama väkivalta ja sillä uhkailu on varsin vähäistä. Potilaat eivät myöskään aiheuttaneet ongelmia muiden terveyskeskuspotilaiden silmissä. Huumeapotilaat olivat itse olleet melko tyytyväisiä saamaansa hoitoon. Heidän oma etunsa on käyttäytyä kunnolla, jotta hoito ei keskeytyisi. Säännöllisyys sekä tuki edistävät myös potilaiden kuntoutumista ja arkielämän taitojen opettelua. Seurannan mukaan korvaushoidon siirto paikalliseen terveydenhuollon yksikköön onnistuu, jos siihen valmistaudutaan riittävän ajoissa ja näin vähennetään asiakkaisiin ja korvaushoittoon sinänsä liittyviä ennakkoluuloja. (Halmeaho ym. 2005)

Korvaushoidon hallinnollista siirtoa on kokeiltu myös asunnottomien päiväkeskustoimintaan. Ratkaisun seurannassa tehtiin samantyyppisiä havaintoja ja johtopäätöksiä kun edellä esitetystä siirrossa terveyskeskukseen. Helsingissä kahden vuoden aikana havainnoimalla ja haastattelemalla⁵⁶ tehdyssä selvityksessä todettiin siirron aluksi ongelmia entisen hoivasuuntautuneen työotteen ja erittäin ammattimaisen lääkkeellisen hoidon kanssa. Työyhteisö

⁵⁶ Tutkimuksessa osallistuva havainnointi kesti vuoden, metadonityöntekijöistä tehtiin 6 teemahaastattelua, ja työntekijät myös kirjoittivat tutkijan antamista teemoista tekstejä tutkimusta varten.

jakautui päiväkeskuksen työntekijöihin ja metadonityöntekijöihin. Myös asiakaskunta jakautui vastaavasti. Aluksi korvaushoidon asiakaskuntaa pyrittiin hoitamaan yhtä asiakaslähtöisesti, kuten muutakin vakiintunutta asiakaskuntaa. Tämän seurauksena valta siirtyi asiakkaille, jotka halusivat määrätä hoitonsa sisällön, seulojen käyttämisen ja lääkityksensä määrän. Noin 1,5 vuoden kuluttua kokeilun alusta henkilöstön asiantuntemus on lisääntynyt ja myös asiakkailta on alettu vaatia enemmän vastuunottoa omasta käytöksestään. Samalla hoitoontulon sekä siinä säilymisen kriteerit on muotoiltu tarkemmin. Eriytymättömän hoivan tuottamisesta päädyttiin eriytyneeseen kuntoutukseen ja eriytynyttä kuntoutusta tuottavaan yksikköön. Tärkeänä koettiin, että ennen uusien hoitomuotojen siirtoa asiaa valmisteltaisiin perusteellisesti, työntekijöille taattaisiin jatkuvan koulutuksen mahdollisuus ja hoidon sisällöt tulisi määritellä tarkasti heti hoidon alussa. (Forssén 2004; 2005)

6. Huumeisiin liittyvät terveyshaitat⁵⁷

Huumausaineisiin liittyvien uusien tartuntatautien määrät ovat laskussa. Rekisteriin merkittyjen tapausten määrässä hepatiitti C -tapaukset ovat vähentyneet tasaisesti huippuvuoden 1997 jälkeen. Samanaikaisesti myös pistoskäytön vuoksi saatujen HIV-tartuntojen määrä on laskenut. Vuoden 2004 huumehoidon tiedonkeruun mukaan huumausaineiden ongelmakäyttäjistä lähes kaksi kolmesta on C-hepatiittiposiitivisia ja HIV-tartunnan saaneita 2 - 3 %.

Mielenterveysongelmat ovat yleisiä pistämällä huumeita käyttävien keskuudessa. Nuorimmilla asiakkailta esiintyi paljon masentuneisuutta kun taas vanhemmilla asiakkailta oli jo havaittavissa selviä kaksoisdiagnooseja. Kuitenkaan monet vakavista mielenterveysongelmista kärsivät ongelmakäyttäjät eivät olleet psykiatrisessa hoidossa. Pistoskäyttöön liittyviä terveysongelmia esiintyy myös paljon.

Vuonna 2004 oikeustoksikologisissa tutkimuksissa huumausaineita todettiin kuolemansyyn selvittämisen yhteydessä ennakkotietojen mukaan 176 tapauksessa, joista varsinaisia huumausainemyrkytyskuolemia oli 74. Erytystä Suomen tilanteesta on vuosien 2002 - 2004 osalta se, että kuolemantapauksissa buprenorfiini on nykyään ylivoimaisesti yleisin opiaattilöydös, mikä heijastaa myös hoitotiedoissa esiin noussutta buprenorfiinin väärinkäytön voimakasta lisääntymistä.

⁵⁷ Ks. myös Virtanen 2004, luku 3.2 - 3.4 ja 21.

6.1. Huumekuolemat ja huumeiden käyttäjien kuolleisuus⁵⁸

Vuonna 2004 huumausaineisiin liittyviä kuolemantapauksia oli Suomessa oikeustieteellisissä tutkimuksissa todettujen ruumiinavauksien ainelöydösten ennakkotietojen perusteella 176 (146 vuonna 2003) ja EMCDDA:n erityisrekistereille (Suomessa oikeuslääketieteen laitoksen rekisterille) antamien määrittelyohjeiden (peruskuolemansyynä myrkytyskuolema) perusteella 74 (67) (Vuori 2005). Nämä eri tavalla määritellyt huumekuolemantapausten määrät antavat raja-arvot Suomessa vuoden aikana huumeisiin kuolleiden määrälle. Kansainvälisiin vertailuihin käytettävien EMCDDA:n kuolemansyyrekistereille antamien kriteerien perusteella laskettu huumausainekuolemien määrä 135 (101) asettuu edellä esitettyjen raja-arvojen väliin (Huohvanainen 2005). Rekisterien mukaan 15 - 24 -vuotiaiden osuus kuolemantapauksista vaihtelee määritelmän mukaan 20 ja 30 prosentin välillä

Ainelöydöksiin liittyvien tapausten luokittelu opiaattien osalta ei ole verrannollinen aikaisempiin vuosiin, koska voimakkaasti opiaattilöydösten joukossa yleistynyt buprenorfiini ei tule esiin tehtäessä opiaattien seulontatestiä. Siten vuonna 2004 aikaisempiin tilastoihin vertailukelpoisesti opiaattiseulonnessa todettiin vain 35 tapausta, joista valtaosa oli kodeiinia. Uudet opioidit (buprenorfiini, tramadoli, metadoni ja oksikodoni) ovat sen sijaan yleistyneet ja esim. buprenorfiia todettiin 73 tapauksessa. Amfetamiini- ja kannbislöydösten määrät ovat vertailukelpoisia aikaisempien vuosien tilastoihin: amfetamiinia löydettiin 51 (51 vuonna 2003) tapauksessa ja kannbislöydöksiä 80 (82) tapauksessa. Vuosien 2002 - 2003 aikana heroiniukuolemien määrä on pysynyt matalana: 4 tapausta vuonna 2003 ja vuonna 2004 ei yhtään heroiniitapausta. Suuntaus on jatkoa vuonna 2001 alkaneesta heroiniukuolemien määrän voimakkaasta laskusta. Sen sijaan väärinkäyttöön liittyvissä myrkytyskuolemissa buprenorfiinilöydökset ovat lisääntyneet nopeasti ja buprenorfiini (yleensä yhdessä bensodiatsepiinien, rauhoittavien lääkkeiden tai alkoholin kanssa) olikin oikeuslääketieteellisissä ruumiinavauksissa yleisimmin todettu opioidi. (Vuori 2005).

6.2 Huumeisiin liittyvät tartuntataudit⁵⁹

Rekisteriin merkittyjen tapausten määrässä hepatiitti C -tapaukset ovat vähentyneet vuosina 1995 - 2004. tasaisesti huippuvuoden 1997 jälkeen. Samanaikaisesti myös todettujen hepatiitti B- ja HIV-

⁵⁸ Ks. myös tietokioski tai tilastotiedote: <http://annualreport.emcdda.eu.int/fi/home-fi.html>. Määrittelyistä ks. <http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1419>

⁵⁹ Ks. myös tietokioski tai tilastotiedote: <http://annualreport.emcdda.eu.int/fi/home-fi.html>

infektioitten määrä on laskenut. Tulos vahvistaa sen, että ruiskuhuumeisiin liittyvät virustartunnat ovat merkittävästi vähentyneet Suomessa koko 2000-luvun. Nuorimmissa ikäluokissa (15–24-vuotiaat) uusia rekisteröityjä tapauksia todetaan edelleen melko paljon. Tulos viittaa siihen, että huumeiden käyttäjille suunnatut ehkäisevät toimet eivät nuorimmissa ikäluokissa tavoita tai tehoa parhaalla mahdollisella tavalla. (Tartuntataudit 2004)

HIV

Vuonna 2004 ilmoitettuja HIV-tartuntoja oli 129 tapausta (132 tapausta vuonna 2003). Vuonna 2004 ruiskuhuumeisiin liittyvien hiv-tapausten kohdalla jatkui myönteinen kehitys: tapauksista, jossa tartuntatapa on tiedossa, huumeiden pistoskäytöstä aiheutuvien tartuntojen osuus oli 7 % (17 %) ja osuus laski viidettä vuotta peräkkäin. (Tartuntataudit 2004) Huumehoidon tietojärjestelmän vuoden 2004 asiakkaiden itse ilmoitettujen tietojen mukaan pistämällä joskus huumeita käyttäneistä HIV-testeissä käyneistä ja myös testituloksen saaneista (n = 3015) HIV-positiivisia oli kaksi prosenttia (testatuista 3 %).⁶⁰ (Partanen A. 2005) HIV-positiivisille huumeidenkäyttäjille tarkoitetun (Munkkisaaren) palvelukeskuksen asiakkaina oli vuoden 2004 lopussa noin 200 HIV-positiivista henkilöä. HIV-lääkitystä sai noin 40 asiakasta. Päivittäin keskuksessa asioi noin 100 huumeiden riskikäyttäjää. Keskuksessa on myös HIV-negatiivisilla huumeidenkäyttäjillä mahdollisuus vaihtaa käytetyt neulat ja ruiskut uusiin. Keskuksessa annetaan myös metadonihoitoa. Jälkimmäistä palvelua käyttää tällä hetkellä noin 60 asiakasta. (Niskanen ym. 2005)

C-hepatiitti

Vuonna 2004 todettiin kaikkiaan 1238 (1265 vuonna 2003) C-hepatiittitapausta, joista noin puolessa tartuntatapa oli ilmoitettu. Näistä yli 80 prosentin arvioitiin johtuvan huumeiden pistoskäytöstä. (Tartuntataudit Suomessa 2004). Huumehoitotietojärjestelmässä asiakkaiden itse ilmoittamien tietojen mukaan hepatiitti C-testituloksen saaneista (lkm=3216) hepatiitti C-positiivisia oli 63 prosenttia. Pistämällä huumeita käyttäneiden osalta huumehoidon testattujen asiakkaiden joukossa C-hepatiittipositivisten osuus oli 68 %. (Partanen A. 2005). Liikkuvaa terveysneuvontapistettä koskevassa tutkimuksessa todettiin, että alle 20 -vuotiailla neuvontapisteen asiakkaalla ei ollut oman tietonsa mukaan C-hepatiittia, kun 20 - 24 -vuotiaista C-hepatiitti oli jo kolmanneksella ja 35 - 39- vuotiaista kolmella neljästä. (Törmä ym. 2005b)

⁶⁰ Runsas kolme neljästä huumeasiakkaasta on käynyt HIV-, hepatiitti A-, B- ja hepatiitti C-testeissä. Puuttuvien tartuntatautitietojen määrä on kuitenkin noin viidennes, mikä saattaa hieman vääristää tulosta. (Partanen A. 2004)

B-Hepatiitti

Tartuntatautirekisteriin ilmoitetut akuutit B-hepatiittitapaukset ovat selkeästi vähentyneet 10 vuoden aikana (57 vuonna 2004). Kaikista niistä B-hepatiittitapauksista, joissa tartuntatapa on ilmoitettu (vain hieman yli kolmannes tapauksista), nopeimmin ovat vähentyneet ruiskuhuumevälitteiset tapaukset, joita oli kaikista B-hepatiittitapauksista 14 % vuonna 2004. Seurantajakson alkupuolella esiintyi selviä pikkuepidemioita huumeidenkäyttäjien keskuudessa eri paikkakunnilla, muun muassa Kuopiossa ja Turussa. Syitä tapausten vähenemiseen ovat olleet todennäköisesti sekä varsin kattava neulojen ja ruiskujen vaihtojärjestelmä että huumeiden käyttäjille etenkin pistovälineiden vaihtopaikoissa tarjotut hepatiitti B -rokotteet. Osoitus vaihtojärjestelmän tuloksellisuudesta on niin ikään se, että ruiskuhuumeiden käyttöön liittyviä hepatiitti B-tapauksia on viime vuosina todettu nimenomaan paikkakunnilla, joissa pistovälineiden vaihtopaikkoja ei ole ollut, esimerkkinä Vaasa. Myös vähentyneet hepatiitti C -tartunnat viittaavat puhtaiden pistovälineiden merkitykseen hepatiittien ehkäisyssä (Tartuntatautirekisteri 2004). Huumehoitotiedonkeruun mukaan vuonna 2004 B-hepatiittiposiitivisia oli itse ilmoitettujen tietojen perusteella 9 % kaikista testatuista huumehoidon asiakkaista. Pistämällä joskus huumeita käyttäneistä asiakkaista kaksi kolmesta oli saanut ainakin yhden B-hepatiittirokotusannoksen ja lähes puolet kaikki kolme rokoteannosta. Tämä osin selittää B-hepatiittiposiitivisten alhaista osuutta huumehoidon asiakaskunnasta. (Partanen A. 2004) Liikkuvaa terveysneuvontapistettä koskevan tutkimuksen mukaan parhaiten B-hepatiittia vastaan oli rokotettu 20 - 24 -vuotiaiden ikäluokka (85 %), keskimäärin rokotettuja oli puolet seuranta-asiakkaista (Törmä ym. 2005b).

A-Hepatiitti

Vuonna 2004 hepatiittia A tapauksia oli Suomessa 42, joista 9 oli saatu kotimaassa. Näin vuosina pääkaupunkiseudun huumeiden pistoskäyttäjien joukosta alkaneen 2002 (393) ja 2003 (242) hepatiitti A-epidemian aiheuttama uusien tapausten raju nousu taittui. Vuoden 2005 alusta A-hepatiittirokotus kuuluu huumeiden pistoskäyttäjien kansalliseen rokotusohjelmaan. Huumehoitotietojärjestelmän mukaan vuonna 2004 A-hepatiittiposiitivisia oli itse ilmoitettujen testaustulosten mukaan asiakaskunnasta 6 %.

6.3 Huumeisiin liittyvät oheissairaudet⁶¹

Vuonna 2003 tehdyn tutkimuksen mukaan samanaikaisesti huumeriippuvuudesta ja muusta mielenterveyshäiriöstä kärsivien potilaiden sairaalahoitokerrat ovat viisinkertaistuneet ajanjaksona 1987 - 2002. Samanaikaisesti psykiatrisia laitoshoitopaikkoja on vähennetty jyrkästi. Huumeasiakkaiden hoitojaksojen suhteellinen osuus onkin lisääntynyt huomattavasti psykiatristen hoitojen kokonaismäärästä. (Pirkola ym. 2004) Päihde- ja muiden terveysongelmien (erityisesti mielenterveysongelmien) yhteys on ilmennyt myös muissa tutkimuksissa. Huumeiden riskikäyttäytymistä koskevassa tutkimuksessa⁶² selvisi, että puolen vuoden aikana ennen tutkimushaastatteluja 41 % haastatelluista oli kärsinyt mielenterveysongelmista ja 29 % kertoi kokeneensa psykoosin. Pistämiseen liittyviä somaattisia ongelmia oli ollut myös monella: horkka (43 %), tuntohäiriöt (43 %), suonitulehdukset (23 %) ja paiseet (16 %). Lisäksi lähes puolella oli huonokuntoiset hampaat, kolmanneksella hengenahdistusta, ja rintakipuja näin neljänneksellä. Lähes joka kymmenennellä oli ollut ongelmia huumeiden yliannostuksiin liittyen. (Partanen, A. ym. 2004b). Samanaikaiset mielenterveysongelmat tulevat selvästi esille kaikkein huonoimmassa asemassa, osittain hoitopalvelujen ulkopuolella olevilla, päiväkeskuspalveluja (Stoori) käyttävillä huumeiden ongelmakäyttäjillä. Selvityksessä haastateltiin 20 asiakaskunnan huumeiden käyttäjää ja sen perusteella 30 prosentilla on ollut psykoottisia oireita pähteiden käyttöön liittyen, 15 prosentilla muita psykoottisia oireita ja 10 prosenttia käyttäjistä on jatkuvasti masentunut. Kaikilla nuorilla asiakkaila esiintyi masentuneisuutta, kun taas vanhemmilla asiakkaila oli selkeitä kaksoisdiagnooseja, riippuvuuden lisäksi pelkotioloja, psykooseja, ahdistuneisuutta, paniikkihäiriöitä eräällä mm. paranoidinen skitsofrenia - mutta he eivät olleet psykiatrisessa hoidossa. (Törmä ym. 2005a)

6.4 Muut huumeisiin liittyvät terveyshaitat ja niiden seuraukset

Vuonna 2004 lääkkeitä ja huumausaineita todettiin 3 065 liikennejuopumustapauksissa (2577 tapauksessa vuonna 2003) Tämä merkitsee noin 11 % kaikista rattijuopumustapauksista. Näistä huumausainelöydöksiä tehtiin 1467 tapauksessa (1266). Helmikuussa 2003 rattijuopumussäännöksiä muutettiin siten, että huumausaineille säädettiin ns. nollaraja. Tämän seurauksena liikenteen huumeainetapaukset lisääntyivät vuodesta 2002 vuoteen 2003 yli 50 %.

⁶¹ Ks. myös tietokioski tai tilastotiedote: <http://annualreport.emcdda.eu.int/fi/home-fi.html>.

⁶² Tutkimuksessa tehtiin alkuhaastatteluja 12.9.2000 - 31.5.2002 yhteensä 494 kolmessa pistosvälineiden vaihtoa harjoittavassa terveysneuvontapisteessä (Helsinki, Tampere, Turku) ja yhdessä läpi vuorokauden avoimessa huumeopoliinikassa (Helsingin Kurvi). Näistä 354 ilmoittautui seurantar ryhmään. Seurantahaastattelut jatkuivat vuoden 2003 loppuun, mutta niistä ei ole vielä raportoitu.

Vuoden 2003 aineiston mukaan huumausainelöydöksistä kannabiksen osuus oli 25,5 % (60 % vuonna 2002), amfetamiinien 81,8 % (66,7 %) ja heroinin 2 % (12 %). Nollaraja selittää osin muutoksia ainekohtaisissa osuuksissa: uuden lain mukaan tuomioon riittää vain yhden huumausaineen tilastointi, joten esimerkiksi sekakäyttöön liittyviä muita aineita ei enää analysoida. Esimerkiksi lääkeaineisiin luettavaa buprenorfiinia etsitään vain, jos varsinaisia huumausainelöydöstä ei tehdä. Lisäksi aineita analysoidaan enää vain verikokeiden perusteella, mikä puolestaan vähentää kannabishavaintoja, sillä kannabis on havaittavissa vain lyhyen aikaa veressä.

7. Huumeisiin liittyvien terveyshaittojen vähentäminen⁶³

Veriteitse tarttuvat tartuntataudit ovat keskeinen huumeiden pistoskäytön aiheuttama terveysongelma. Siksi huumehoidon yksi keskeinen ulottuvuus on tartuntatautien ehkäisy ja hoito. Tartuntatautien ehkäisemiseksi pistosvälineitä vaihtavia terveysneuvontapisteitä oli 23 paikkakunnalla vuonna 2004 - suurimmaksi osaksi yli 50 000 asukkaan kaupungeissa.

Huumeisiin liittyvät mielenterveysongelmat ovat yleisiä kaikkien huumehoitoa koskevien seurantatutkimusten mukaan. Työnjako- ja yhteistyömallit päihde- ja mielenterveyspalvelujen välillä eivät ole vielä vakiintuneet. Vaikka erillisiä yksikköjä on olemassa erityisesti sairaaloiden psykiatrisilla osastoilla, kaksoisdiagnooseihin keskittyntä hoitojärjestelmää ei toistaiseksi Suomessa ole olemassa

7.1 Huumekuolemien ehkäisy⁶⁴

Huumekuolemiin liittyvää koulutusta on jonkin verran osana sosiaali- ja terveydenalan peruskoulutusta - esimerkiksi ensihoidon osalta. Erityishakkeita alueella ei ole käynnissä. Huumekuolemien ehkäisyyn liittyvää työtä tehdään osana tartuntatauteihin liittyvää terveysneuvontaa sekä ongelmakäyttäjien vertaisryhmien toiminnassa. Asiaa käsitellään tarpeen mukaan myös huumehoidon yksiköissä.

⁶³ Vrt. Virtanen 2004, luku 10.

⁶⁴ Ks. myös: <http://annualreport.emcdda.eu.int/fi/home-fi.html>.

7.2 Huumeisiin liittyvien tartuntatautien ehkäisy ja hoito⁶⁵

Huumeisiin liittyvien tartuntatautien hoitoa ja ehkäisevää työtä toteutetaan

1. uuden tartuntatautiasetuksen mukaan terveydenhuollon peruspalveluissa⁶⁶
2. terveydenhuollon ja päihdehuollon erityispalveluissa
3. terveysneuvontapisteissä (pistosvälineiden vaihtona)
4. apteekkien neulojen ja ruiskujen myynnin avulla

HIV-tartunnan saaneiden hoidosta vastaavat yliopistolliset sairaalat alueensa muiden keskus-, alue- ja psykiatristen sairaaloiden kanssa. Hiv-positiivisella huumeiden käyttäjällä on oikeus yksilölliseen hyvään hoitoon paikkakunnasta riippumatta. C-hepatiittihoitoa voidaan antaa yhteistyössä huumevieroitushoitoyksikön kanssa huumevieroituksen aikana, vain jos sen on todettu sujuvan moitteettomasti. A- ja B-hepatiittirokotusten osalta Suomessa noudatetaan valikoivaa rokotuspolitiikkaa: muun muassa suonesisäisesti huumeita käyttävät ja heidän sukupuolikumppaninsa saavat rokotuksen yhteiskunnan kustannuksella. Uuden tartuntatautiasetuksen mukaan terveyskeskusten uudeksi tehtäväksi on tullut tartuntatautien ehkäisy, mukaan lukien huumeita käyttävien terveysneuvonta ja tarpeen tullen pistosvälineiden vaihto.

Pistosvälineitä vaihtavia terveysneuvontapisteitä oli 23 paikkakunnalla vuonna 2004 - suurimmaksi osaksi yli 50 000 asukkaan kaupungeissa. Neuvontapisteissä on mahdollisuus saada pistosvälineiden vaihdon lisäksi erilaista terveysneuvontaa, pienimuotoista terveydenhoitoa, testi- ja rokotuspalveluja sekä palveluohjausta. Terveysneuvontapisteiden asiakaskunnan määrä (10 400) lisääntyi selvästi kahdesta edellisvuodesta (molempina 9300). Käyntikertojen (83 400) sekä vaihdettujen ruiskujen ja neulojen määrässä (1 760 000) on edellisvuodesta kasvua noin 20 % (70 600 / 1 435 000). (Partanen A. 2005) Apteekeissa myytyjen ruiskujen ja neulojen määrä väheni hieman ja oli 462 000 vuonna 2004 (486 000). Vuonna 2003 apteekeista 86 % ilmoitti olevansa valmis myymään ruiskuja ja neuloja huumeiden käyttäjille. Vuoden 2003 tietojen mukaan pistosvälineitä vastaanottaa noin puolet niitä myyvistä apteekeista. Apteekkiverkoston tuki pistoskäyttäjien terveysneuvonnassa on erityisen tärkeä niille käyttäjille, joilla ei ole mahdollisuutta asioida terveysneuvontapisteissä. (Partanen A, 2004b)

⁶⁵ Ks. myös: <http://annualreport.emecdda.eu.int/fi/home-fi.html>.

⁶⁶ Ks. luku 1.2.2.

Terveysneuvontapisteissä vuorovaikutustilannetta ja keskusteluja henkilöstön ja asiakkaiden välillä kartoitettiin yhden päivän laskennalla, jolloin jokaiseen terveysneuvontapisteeseen lähetettiin kyselylomake, jossa työntekijöitä pyydettiin analysoimaan kontaktitilanteissa käytyjä keskusteluja. 15 yksikköä 21 yksiköstä vastasi kyselyyn. Eniten vaihdettiin ruiskuja ja neuloja puhtaisiin, jolloin asiakaskontakti näyttäytyi vain ohikiittävänä hetkenä. Kontaktitilanteissa käydyt keskustelut (n = 183) kestivät keskimäärin 5 - 10 minuuttia. Keskustelujen pääteemoista 18 % liittyi tartuntatauteihin, 11 % seksuaaliterveyteen, huumehoitoon 33 % (korvaushoito, vankeinhoitoon päihteettömät osastot, kriminaalihuolto yms.) ja piikittämiseen 21 %. Muita aiheita olivat hammassairaudet, parisuhteet, lapset, jutustelu muuten vaan jne. (Jokinen 2005)

Liikkuvan terveysneuvontapisteiden arvioinnissa sen edut olivat työntekijöiden mukaan palvelujen vieminen lähelle asiakkaita ja vähäisempi ympäristön kuormitus. Eräiden asiakkaiden oli kuitenkin vaikea muistaa yksikön aikatauluja. Koska yksikössä voidaan palvella vain rajattua määrää asiakkaita kerrallaan, jonojen syntymistä esiintyy, mikä oli asiakkaan kannalta leimaavaa. Niin kauan kuin asiakasmäärä yksittäisellä pysähdyspaikalla pysyy pienenä, asiakkaat eivät joudu tekemisiin laajemmin toistensa ja huumeiden käyttäjien alakulttuurin kanssa. Vaikka palveluvaihtoehtoja oli riittävästi tilat rajoittavat myös annettuja palveluja ja palvelut täytyi toteuttaa kiireellä. Terveysneuvontapisteiden varsinaisia hoito- ja jatkohoitopalveluja käytti asiakaskunnasta vain noin prosentti. Muiden hoitopalvelujen hyödyntäminen oli puutteellista jo sen vuoksi, että monet käynnit tapahtuivat virka-ajan ulkopuolella. Asiakkaiden arvioitiin kuitenkin olevan suurelta osin hoitopalvelujen käyttäjiä, eikä täysin syrjäytyneitä, mutta myös satunnaiskäyttäjiä oli asiakkaiden joukossa. Liikkuva palvelupiste ei arvion mukaan ehkä sittenkään tavoittanut kaikkein syrjäytyneimpiä asiakkaita. Sen sijaan se tavoitti nuoria asiakkaita, jotka olivat vasta käyttöuransa alussa. Monet asiakkaat olivat tottuneet asioimaan kiinteissä terveysneuvontapisteissä ja liikkuva piste oli heille vain muita palveluja täydentävä. Ehdotukset palvelujen parantamiseksi olivat liikkuvan yksikön tekeminen vähemmän näkyväksi, terveysneuvonnan ja muiden palvelujen kanssa tehtävän yhteistyön lisääminen, palvelujen liittäminen terveysneuvontapalvelujen kokonaisuuteen ja tarkempi kohdentaminen palvelutyhjiöihin - ehkä myös työntekijöiden jalkautuminen käyttäjien pariin. (Törmä ym. 2005a)

Suomessa on arvioitu olevan muutama sata sellaista venäjänkielistä huumeidenkäyttäjää, joiden tartuntatautiriski on suuri. Tilannetta vaikeuttaa tietämättömyys olemassa olevista palveluista, kieliongelmat, palvelujen puute, tiedon puute suomalaisista tietosuojakäytännöistä ja pelot maasta karkottamisesta. Valtaosa näistä on käyttänyt pääpäähihteenään heroiniä tai buprenorfiinia.

Maahanmuuttajien huumeongelma liittyi erityisesti paluumuuton vilkkaimpiin vuosiin 2000-luvun vaihteessa ja silloin murrosikäisinä (13 - 15 -vuotiaina) Suomeen muuttaneiden, ns. toisen polven maahanmuuttajien muuttokriiseihin ja kotoutumisen ongelmiin. Nuorten huumeiden käyttöä voidaan tarkastella myös osana suomalaisen päihdekulttuurin muutosta. Pääkaupunkiseudun palvelut eivät olleet varautuneet venäjänkielisten nuorten maahanmuuttajien tarpeisiin. Venäjänkielisillä huumetyön erikoisprojekteilla on kuitenkin täydennetty palvelujen saatavuutta ja venäjänkielisten asiakasmäärät päihdehuollossa ovat pysyneet entisellään - poikkeuksena vuosi 2001. Yhtenä esimerkkinä palveluista oli syksyllä 2002 alkanut projekti, jossa ns. lumipallomenetelmällä ja kouluttamalla 11 venäjänkielistä huumeidenkäyttäjää saavutettiin 28 uutta käyttäjää, joista 90 % tavoitettiin ensi kerran. Vastaavaa projektia kokeiltiin Venäjällä ja tulokset osoittivat vertaistytön tarpeet ja mahdollisuudet myös Pietarin huumeidenkäyttäjien piirissä. HIV-positiivisia huumeiden käyttäjiä pyrittiin tavoittamaan ja auttamaan projektin puitteissa myös Tallinnan alueella ja Viron vankiloissa. Projektin loppuvaiheessa toiminta laajeni Liettuaan. Hankkeiden mukaisen lähialueprojektien tulevaisuuden haasteiksi koettiin hoitotyön yhteisen arvopohjan määrittäminen sekä päihdetyön koordinaation, resurssien turvaamisen ratkaisumallien, toimijaverkkojen ja projektityön kehittäminen. (Puro 2005)

7.3 Huumeisiin liittyvän monihäiriöisyyden ehkäisy ja hoito⁶⁷

Huumeisiin liittyvät mielenterveysongelmat ovat yleisiä kaikkien huumehoitoa koskevien seurantatutkimusten mukaan (Vorma ym. 2005, Törmä ym. 2005a; 2005b). Huume- ja mielenterveysongelmien hoitoa toteutetaan käytännössä päihdehuollon toiminnan yhteydessä tai palveluohjaajien kautta. Osa hoidosta tapahtuu myös yliopistollisten keskussairaaloiden päihdepsykiatrisilla osastoilla. Työnjako- ja yhteistyömallit päihde- ja mielenterveyspalvelujen välillä eivät kuitenkaan ole vielä vakiintuneet. Kaksoisdiagnooseihin keskittynyttä hoitojärjestelmää ei toistaiseksi Suomessa ole olemassa.

7.4 Muiden terveyshaittojen ehkäisy ja hoito

Muiden, käyttäjiin tai sivullisiin kohdistuvien terveyshaittojen ennalta ehkäiseminen liittyy muun muassa liikenneturvallisuus- ja tapaturmakampanjointiin. Uusi lainsäädäntömuutos lääkärin

⁶⁷ Ks. myös: <http://annualreport.emcdda.eu.int/fi/home-fi.html>

ilmoitusvelvoitteesta ajo-oikeuden myöntämis- ja tarkistamisasioissa voidaan nähdä myös tapaturmaisten päihdekuolemien ehkäisytöimenä.⁶⁸ Muita kun raskaita ajoneuvoja kuljettavien osalta ajokorttia ei saa myöntää eikä uudistaa riippuvaiselle, mutta ei myöskään henkilölle, joka, olematta riippuvainen, käyttää psyykeen vaikuttavia aineita säännöllisesti siten, että käytetty määrä voi haitata ajamista.

Lääkäri saa tietoa asiakkaan ajoedellytyksistä haastattelemalla ja kliinisen tutkimuksen avulla. Kliinisen tutkimuksen ongelmakohtia ovat päihteiden käytön seurauksena syntyneiden komplikaatioiden suuri kirjo, psyykkinen sairastavuus sekä lääkkeiden ja päihteiden sekakäyttö. Lääkärin ilmoitusvelvollisuus asiakkaan ajokunnosta ei täyty, jos päihdeongelmainen on hoidossa tai korvaushoidossa, mutta ilmoitusta ei myöskään tehdä, jos hoito on keskeytynyt, sillä tällöin lainsäädännössä henkilölle varattu ilmoittamisen vaatimus ei täyty. Lisäksi ilmoitusta ei tehdä kaksoisdiagnoosipotilaista, vahvan lääkityksen vaikutuksen alaisena olevista tai rattijuopumuksesta epäillyistä, elleivät muut ilmoitusvelvollisuuden kriteerit täyty. Viimeiseksi mainitussa tapauksessa poliisi ratkaisee ajokykyasian. (Seppä 2005a; 2005b)

8. Huumeisiin liittyvät sosiaaliset haitat⁶⁹

Huumausaineiden ongelmakäyttäjät ovat ryhmänä sosiaalisesti erityisen syrjäytyneitä: Vuoden 2004 huumehoitotiedonkeruun mukaan asiakaskunnasta 62 % oli työttömiä, kaksi kolmesta oli suorittanut vain peruskoulun ja 11 % voitiin luetella asunnottomaksi. Koska huumausaineiden käyttö rangaistaan rikosoikeudessa, monet heistä ovat myös rikos- ja vankilakierteessä.

Vuodesta 2004 rekisteröityjen huumausainerikosten (15 338) määrä väheni 4 %. Pientä kasvua on ollut huumausaineen käyttörikosten määrässä, joita on 60 % kaikista huumausainerikoksista, kun taas törkeiden huumausainerikosten määrä on laskenut selvästi. Sairausten asteinen huumausaineiden käyttö tai huumeriippuvuus oli vangeista 46 prosentilla. Vuoden 2004 aikana vankeusvangeista noin 16 % oli vankilassa huumausainerikoksen vuoksi.

⁶⁸ Ks. luku 1.1.7 sekä liikenneturvallisuudesta: <http://www.health.fi/index.php?page=kampanjat>; http://www.health.fi/index_en.php.

⁶⁹ Vrt. Virtanen 2004, luku 4.

8.1 Sosiaalinen syrjäytyminen

Vuoden 2004 huumehoidon tiedonkeruu kertoo samat tulokset kuin monet muut ongelmakäyttäjien riskikäyttäytymistä, korvaushoitoa sekä HIV-tartuntoja koskevat tutkimukset: huumeiden ongelmakäyttäjät ovat poikkeuksellisen syrjäytyneitä. Huumehoidon asiakaskunnasta 62 % oli työttömiä. Kaksi kolmesta oli suorittanut vain peruskoulun ja peruskoulu oli kesken lähes joka kymmenennellä. Noin 11 % asiakkaista oli asunnottomia. Noin viidennes oli avo- tai avioliitossa, mutta joka toisessa tapauksessa toisen päihdeongelmaisen kanssa. Joka kolmannella oli alle 18-vuotiaita lapsia, joista kolme neljästä asui muualla. (Partanen A. 2005)

Syrjäytyneimpiä huumeongelmaisia kartoittavassa hankkeessa (Stoorin päiväkeskus) keskeisiä syrjäytymisen taustamuuttujia olivat vakituisen asunnon puute (lähes puolet asiakkaista), matala koulutustaso, työttömyys, perustoimeentulon niukkuus, koettu hyväksikäyttö ja vankिताusta (kahdella kolmesta asiakkaasta). Myös hoitopalvelujen kynnys ja saatavuus olivat syrjäytymisen taustalla - erityisesti myös mielenterveysdiagnoosin saaneilla potilailla. (Törmä 2005a)

Tampereen yliopistollisen keskussairaalan akuuttipsykiatrian osastolla tehdyn tutkimuksen mukaan hoidon keskeyttämisen syynä olivat usein mielenterveyshäiriöt. Asunnottomat keskeyttivät hoidon useammin kuin ne, joilla oli asunto. Myös joutuminen vankilaan keskeytti muutamassa tapauksessa hoidon. Sen sijaan avo- tai avioliitossa olevat pysyivät hoidossa paremmin. Tärkeinä muuttujina, jotka kiinnittivät potilaat tehokkaasti hoitoon, olivat kotona olevat lapset, ja myös sijoitettujen lasten saaminen takaisin lisäsi sitoutumista hoitoon. (Järvenkylä 2005)

8.2 Huumeisiin liittyvä rikollisuus⁷⁰

Vuonna 2004 poliisin tietoon tuli 15 338 huumausainerikosta. (14 486 rikosilmoitusta). Näistä 60 % (n = 9310) oli käyttörikoksia, 4 % törkeitä huumausainerikoksia ja 36 % muita huumausainerikoksia. Edellisestä vuodesta huumausainerikosten määrä laski 4 %. Huumausainerikosten määrä kasvoi hieman ainoastaan Länsi-Suomen läänissä. (PolStat). Huumausainerikoksista epäiltyjen eri henkilöiden lukumäärä on pienentynyt neljän viime vuoden aikana. Vuonna 2004 huumausainerikoksesta epäiltyjä henkilöitä oli 4411 ja törkeästä huumausainerikoksesta epäiltyjä 454. (KRP 2005)

⁷⁰ Ks. myös tietokioski tai tilastotiedote: <http://annualreport.emcdda.eu.int/fi/home-fi.html>.

Vuonna 2004 tehtiin tutkimus 15–16 -vuotiaista nuorista rikoksen tekijöinä, uhreina ja kontrollin kohteina.⁷¹ Joskus marihuanaa tai hasista kokeilleiden tai käyttäneiden (so. huumausaineen käyttörikokseen syyllistyneiden) poikien että tyttöjen osuudet ovat lähes kaksinkertaistunut jaksolla 1995–2001, noin viidestä lähelle kymmentä prosenttia. Vuosi 2004 ei tuonut muutosta vuoteen 2001 nähden. Vuoden aikana marihuanaa tai hasista käyttäneitä oli 8 % sekä tytöistä että pojista ja vähintään viisi kertaa vuoden sisällä aineita käyttäneitä oli 2,1 %. Poliisin tietoon on tullut 5 % nuorten marihuanan tai hasiksen käyttöön liittyvistä rikoksista. Vuoden aikana marihuanaa tai hasista käyttäneistä 7,2 prosenttia oli rahoittanut käyttöönsä laittomin keinoin. Laittomin keinoin huumeisiin rahaa hankkineista yli puolet oli hankkinut rahaa myymällä huumeita, loput lähinnä varastamalla. Näin nuorista vain 0,6 prosenttia oli kuluneen vuoden aikana kokeillut marihuanan tai hasiksen käyttöä ja rahoittanut sitä laittomin keinoin. Tytöistä 1,9 prosenttia ja pojista 1,6 prosenttia ilmoitti käyttäneensä muuta huumetta, tyypillisesti LSD:tä tai ekstaasia.(Kivivuori 2005)

Nuorten massarikollisuus on vähentynyt viimeisen 10 vuoden aikana lähinnä omaisuuteen kohdistuvan vahingonteko- ja varkausrikollisuuden vähentyessä Samalla myös lainkuuliaisten, so. vuoden aikana kokonaan rikoksista pidättäytyneiden nuorten osuus (tytöistä 53 % ja pojista 46 %) on koko ajan kasvanut. Syitä on etsitty mm. ajankäyttötapojen muutoksista. Tietokoneiden tulo koteihin on vaikuttanut nuorten vapaa-ajan käyttöön, mutta on myös mahdollista, että uudet informaatio- ja kommunikaatioteknologiat tuottavat uusia rikosmahdollisuuksia ja rikosten tekotapoja. Muista mahdollisista syistä rikollisuuden vähenemiseen on tuotu esiin esimerkiksi yhteiskunnallisen kilpailun kiristymisen ja leimautumisen pelko sekä tiedotusvälineiden toiminnan mukana kulttuurinen herkkyys havaita kaikenlaisia moraalittomuuksia ja rikkeitä. (Kivivuori 2005)

Vuosien 2000 - 2003 tietojen mukaan alkoholin vaikutuksen alaisena tehtiin 64 % henkirikoksista ja 71 % pahoinpitelyrikoksista. Henkirikoksista noin 6 prosenttia ja pahoinpitelyrikoksista noin 2 prosenttia tehtiin huumausaineiden vaikutuksen alaisena. Huumausaineiden vaikutuksen alaisena tehtyjen tekojen määrä ja osuus kaikista tilastoiduista väkivaltarikoksista on lisääntynyt 1990-luvun alusta lähtien, erityisesti ryöstörikollisuudessa. Siitä huolimatta alkoholin läsnäolo ryöstörikoksista (43 %) on edelleen monin verroin yleisempää kuin huumeiden (9 %). (Lehti ym. 2004)

⁷¹ Tuorein kysely toteutettiin keväällä 2004. Siihen vastasi 5 142 peruskoulun yhdeksännen luokan oppilasta. Tähän perusotokseen kuuluvat nuoret edustavat suomenkielisiä, kunnan ylläpitämiä oppilaitoksia. Menetelmätutkimuksen perusteella tämä raja ei estä tulosten yleistämistä kaikkiin. (Kivivuori 2005)

Huumausainerikoksista päärikoksena tuomittujen määrä (oikeudessa tuomitut tai rangaistusmääräyksellä⁷² sakotetut) on lisääntynyt joka vuosi vuodesta 1991 lähtien. Vuonna 2004 alioikeuksissa annettiin 7 756 huumausainerikostuomiota (7 460 vuonna 2003). Näistä huumausainerikos päätuomiona annettiin 3 336 tuomiota (3 309) ja rangaistusmääräyksiä kirjoitettiin 4420 (4151). Vuonna 2004 huumausainerikoksista määrättyistä rangaistuksista 85 prosenttia oli sakkoja, seitsemän prosenttia ehdottomia vankeuksia, kuusi prosenttia ehdollisia ja yksi prosentti yhdyskuntapalveluja. Rangaistuksista runsaat 5 000 (4806) tuli huumausaineen käyttörikoksesta. Törkeästä huumausainerikoksesta tuomittu keskimääräinen vankeusrangaistus oli vuonna 2004 runsaat 2 vuotta 10 kuukautta. Tuomittuja oli 338. (Niskanen 2005) Vuoden 2003 tietojen mukaan 547 tapauksessa syyttäjä teki päätöksen syyttämättä jättämisestä ja käräjäoikeudessa syyte hylättiin tai rangaistukseen tuomitsematta jätettiin noin sata henkilöä (Oikeustilastollinen vuosikirja 2004).

Huumausainerikoksista päärikoksina annetut seuraamukset ovat jakaantuneet vuosina 1993 - 2002 siten, että sakkoa on tuomittu keskimäärin 70 % tapauksista, ehdottomia vankeusrangaistuksia 18 % tapauksista ja ehdollisia 10 % tapauksista. Vuonna 2002 törkeästä huumausainerikoksesta keskituomio oli 3 vuotta 3 kuukautta, ehdollisessa vankeusrangaistuksessa 1 vuosi 4 kuukautta ja myös huumausainerikoksista tuomittiin muutama ehdollinen vankeusrangaistus, joiden keskipituus oli noin 4 kuukautta. Kaikkiaan päärikoksena huumausainerikos olevia rangaistusvankeja oli vuonna 2002 noin 18 % koko vankiluvusta. (Kainulainen 2004)

Rikosten uusimista koskevassa tutkimuksessa tarkasteltiin vuosien 1998 - 2001 vankila-aineistoja päärikosten osalta vuosittaisten vankirakennekartoitusten perusteella.⁷³ Tulosten mukaan huumausainerikoksesta vankilaan joutuneista joutuu takaisin vankilaan vuoden aikana 25,5 % (kaikkien rikosten osalta 26 %), kahden vuoden aikana 38 % (42 %) ja kolmen vuoden aikana 41,5 % (47 %). Uudelleen vankilaan joutumisen syy ei kuitenkaan ole välttämättä huumausainerikos. Rikosten uusijoiden osuus huumausainerikosten osalta vähenee iän myötä: 18–20 -vuotiasta vankilaan joutuu uudestaan vuoden aikana 50 % (kolmen vuoden aikana 75 %), 21–29-vuotiasta 30 %, (51 %) , 30–39 -vuotiasta 23 % (36 %), ja 40–49 -vuotiaista 13 % (29 %). (Hypen 2004)

⁷² Rangaistusmääräysmenettelyssä syyttäjä voi, asianosaisen suostumuksella, päättää sakkorangaistuksesta ilman tuomioistuinkäsittelyä.

⁷³ Vankikartoitus tehdään joka vuosi 1.5. kaikissa vankiloissa ja päärikoksena on se rikos, josta annettu tuomio on pisin.

8.3 Huumeiden käyttö vankiloissa⁷⁴

Vankien terveydenhuollon kehittämistarpeita tarkastelleen työryhmän (2002) mukaan sairauden asteinen huumausaineiden käyttö tai huumeriippuvuus oli vangeista 46 prosentilla. Vuonna 2005 (2004) vankeusvangeista 16.1 % (17,9 %) oli vankilassa huumausainerikoksen vuoksi ja vastaava luku tutkintovankien osalta oli noin 20,7 (23,5 %). (Muiluvuori 2005) Vuoden 2004 aikana vankiloissa tehdyistä 15 360 (17 597) päihdetesteistä varmistettiin 825 (1 081) löydöstä. Yleisimmät löydetyt aineet olivat bentsodiatsepiini, buprenorfiini ja amfetamiini. (Kriminaalihuollon vuosikertomus 2004)

Buprenorfiinilöydöksiä selittää osin opioidiriippuvaisten korvaushoito osana huumeriippuvaisten vankien kuntotutusta. Vuoden aikana vankilaan tuli 50 (50) potilasta, jotka olivat opioidihoidossa ennen vankilatuomiota ja joiden opioidihoitoa jatkettiin vankilassa. HIV-testejä tehtiin 1 170 (1 411), jossa todettuja uusia HIV-tartuntoja oli 4 eli vain 0,3 %:lla testatuista. Vähintään neljänneksellä vangeista oli terveydenhuollon asiakirjojen perusteella C-hepatiitti ja 4 % oli sairastanut B-hepatiitin. (Honka ym. 2004; Kriminaalihuollon vuosikertomus 2004)

8.4 Huumeiden aiheuttamat yhteiskunnalliset kustannukset

Vuoden 2003 osalta huumeisiin välittömästi liittyvät arvioidut kustannukset jakautuivat siten, että valvonta- ja rikoskontrollin kustannukset olivat 49 - 63 miljoonaa euroa (54 - 67 Meuroa vuonna 2002), omaisuusvahinkojen, tutkimuksen ja ehkäisevän työn kustannukset 51 - 85 miljoonaa euroa (vuonna 2002 omaisuusvahinkojen osuus oli 28 - 65 Meuroa ja tutkimuksen ja ehkäisevän työn osuus 21 Meuroa), sosiaalihuollon 58 - 64 miljoonaa euroa (53 - 58 Meuroa), terveys- ja eläkemenojen 32 - 60 miljoonaa euroa (24 - 48 Meuroa). Kaikkiaan kustannukset nousivat 181 - 260 miljoonasta eurosta vuonna 2002 vuoden 2003 osalta 190 - 272 miljoonaan Euroon. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2005)

⁷⁴ Ks. myös tietokioski tai tilastotiedote: <http://annualreport.emcdda.eu.int/fi/home-fi.html>

9. Huumeisiin liittyvien sosiaalisten haittojen vähentäminen⁷⁵

Huumausaineen käyttörikokseen liittyy lain mukaan nuorten osalta moniammatillisen puhuttelutilaisuuden sekä hoitoon ohjauksen velvoite syrjäytymiskehityksen ehkäisemiseksi. Hoitoon ohjautuminen on kuitenkin ollut rajallista, koska hoitoon meno ei ole tarpeeksi houkutteleva vaihtoehto käyttörikoksesta yleensä määrättävän sakon rinnalla. Lisäksi poliisit eivät koe itseään uskottaviksi hoidon konsulteiksi.

Kaikkein syrjäytyneimmät päihdeongelmaiset eivät yleensä kiinnity helposti hoitoon. Heille erityisen hyödyllisiä olisivat vähemmän tavoitteelliset hoito- ja kuntoutusohjelmat sekä tuetun asumisen palvelut. Keskeinen kysymys syrjäytyneiden hoidossa on, miten ratkaistaan esimerkiksi hoito- ja kuntoutusohjelmista jatkohoitoon siirtyminen, jottei huumeongelmasta kärsivä palaudu jälleen takaisin terveyden- tai päihdehuollon erityispalvelujen piiriin.

Vankeinhoidossa on kehitetty päihdeettömiä osastoja ja malleja päihdetyölle. Erityisesti vankiloissa korostetaan vankilassa tehtävän päihdetyön yhteyttä muun yhteiskunnan toimijoiden kanssa. Vangin jatkohoidon turvaaminen vapautumisen jälkeen on tärkeää uusintarikollisuuden ehkäisemiseksi, sillä vapauduttuaan vankilakierteessä olevien työmarkkina-kelpoisuus ja terveys on huono, asumistilanne heikko ja riski syrjäytymiseen suuri.

9.1 Sosiaalinen kuntoutus⁷⁶

Kuntouttavasta työtoiminnasta annetun lain (189/2001) perusteella kuntouttava työtoiminta on tarkoitettu pitkään työttöminä olleille ja sen tarkoituksena on parantaa heidän työllistymismahdollisuuksiaan. Laki velvoittaa kunnat ja työvoimatoimistot järjestämään yhteistyössä kullekin asiakkaalle sopivan palvelukokonaisuuden. Akuutissa päihdeongelmassa ei kuitenkaan ole tarkoituksenmukaista aloittaa kuntouttavaa työtoimintaa, vaan asiakas ohjataan ensisijaisesti päihdehuollon palveluihin.

Helsingin Diakonissalaitoksen "Palvelujen ulkopuolelle jääneiden huumeongelmaisten hoito (2003)" -projektissa tavoitettujen huumeepoliklinikan (Kurvi) ongelmaisimpien asiakkaiden hoito- ja kuntoutusprosessi ei edennyt monenkaan osalta kovin pitkäkestoisesti ja he palasivat toistuvasti

⁷⁵ Vrt. Virtanen 2004, luku 12.

⁷⁶ Ks. myös: <http://annualreport.emcdda.eu.int/fi/home-fi.html>.

poliklinikkapalvelujen piiriin. Monet nykyiset hoitopaikat olivat osalle heistä liian vaikeita paikkoja ja intensiivisen ja raskaan hoitokoneiston sijaan heille riittäisi hoidon alussa psyykkisen voinnin ja lääkityksen arviointiin liittyvä hoito. Tämän jälkeen jatkohoitopaikkana voisi olla asiakkaiden fyysistä ja psykososiaalista selviytymistä tukevat asumispalvelut tai esimerkiksi kuntoutuskotityyppinen yksikkö, joka ei olisi ehdottoman päihteetön. Myös hankkeeseen liittyvässä jatkohankkeessa korostui, että monelle syrjäytyneelle huumeiden käyttäjälle erityisen hyödyllisiä olisivat vähemmän tavoitteelliset hoito-ohjelmat ja tuetun asumisen palvelut. (Törmä ym. 2005b)

Lappeenrannan 60 000 asukkaan kaupungissa päihdehuollon asumiskurssi -kokeilulla on etsitty keinoa vastata päihteidenkäyttäjien asumisongelmiin (Pohjolainen 2004). Asiakaskunnan tukiasumisen tarve johtui lähinnä siitä, että asunnosta oli saatu häätö vuokrarästien ja häiriökäyttäytymisen vuoksi. Kurssi kestää kolme kuukautta. Asumiskurssin alussa asiakkaalle tehdään hoitosopimukseen rinnastettava asumissopimus ja kolmen kuukauden vuokrasopimus asuntopalvelun asuntolassa. Kurssille tulevilla päihteiden käyttö tulee olla hallinnassa ja kurssin aikana päihteiden käyttö ei ole sallittua. Tarvittaessa asiakkaan tulee käydä puhallustesteissä tai seuloissa paikallisessa päihdehuollon yksikössä. Satunnaisen retkahduksen vuoksi kurssia ei keskeytetä. Yleisimmin asiakkaiden ongelmat ovat asunnon löytäminen ja velkarästien maksaminen. Asiakkaalle ei etsitä uutta asuntoa ennen kuin he ovat kuntoutuneet niin paljon, että he kokevat myös kykenevänsä pitämään pysyvän asunnon. Jos kolmen kuukauden kuluttua asuntoa ei ole löytynyt, asiakkaalle pyritään löytämään väliaikainen asunto päihdehuollon asuntolassa. Monille asiakkaille on riittänyt raha-asioiden saattaminen päällisin puolin järjestykseen tai vain aika ja paikka rauhoittumiseen. Muutamat asiakkaat ovat kuitenkin joutuneet keskeyttämään kurssin. Tyypillisiä heille on asian "lyöminen läskiksi", kun joku kohta suunnitelmassa ei onnistu tai kohtaa vaikeuksia. Monilla heistä usko yhteiskunnan toimivuuteen ja oikeudenmukaisuuteen on mennyt.

9.2 Huumerikollisuuden ehkäisy⁷⁷

Yksi huumausainerikoksiin liittyvän sosiaalisen syrjäytymiskehityksen ehkäisykeino on huumausaineiden käyttörikoksista ensimmäistä kertaa kiinni jääneiden nuorten rikosentekijöiden puhuttelu yhdessä syyttäjän, poliisin, sosiaaliviranomaisten sekä lähiomaisten kanssa. Valtakunnansyyttäjävirston vuoden 2003 tietojen mukaan puhuttelumenettelyä on käytetty vuosittain noin 100 kertaa ja puhuttelun jälkeen syyttäjä on tehnyt lähes poikkeuksetta

⁷⁷ Ks. myös: <http://annualreport.emcdda.eu.int/fi/home-fi.html>.

syyttämättäjättämispäätöksen. Huumeiden ongelmakäyttäjien osalta käyttörikoksesta pääasiallisesti annettavaa sakkopäätöstä ei anneta ennen kuin hoitoon hakeutumisen halukkuus on selvitetty. Hoitoon hakeutumisen perusteella tehtyjä syyttämättäjättämispäätöksiä on kuitenkin selvästi alle 100 kaikista yli 7000 huumausaineiden käyttörikoksesta. Poliisille kiinni jääneiden huumeiden ongelmakäyttäjien hoitoonohjaustoimet tapahtuvat poliisin tai sosiaali- ja terveysviranomaisten toimesta ennen jutun saapumista syyttäjän harkittavaksi. On mahdollista, ettei poliisille kiinni jääneiden hoitoonohjaus ei ole tosiasiaassa tehokasta, sillä hoitoon hakeutumisen perusteella syyttäjät ovat lähes poikkeuksetta valmiit syyttämättäjättämispäätöksiin.

Tampereen poliisilaitoksen ja sen yhteydessä toimivan sosiaaliasema Paussin yhteistoiminnan seurannassa tarkasteltiin huumausaineen käyttörikosuudistukseen liittyvää ongelmakäyttäjien hoitoonohjausta ja alaikäisten puhuttelua käyttörikoksesta vaihtoehtoisesti annettavan sakkorangaistuksen sijaan.⁷⁸ Tutkimuksen mukaan käyttörikoksista epäillyistä suurella osalla oli nähtävissä syrjäytymiskehitystä eli asunnottomuutta, työttömyyttä ja rikoskierrettä. Yli puolet huumausaineen käyttörikoksesta epäillyistä oli epäiltynä myös jostakin muusta rikoksesta. Asiakaskunta oli tuttu myös vuosien varrelta lastensuojelun tai alaikäisinä tehtyjen rikosten kautta. Käytännössä poliisin tekemä hoitoon ohjaus tarkoitti sitä, että poliisi neuvoo tai tuo rikoksesta epäillyn Paussiin, jossa sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset huolehtivat hoitoon ohjauksesta. Hoitoon ohjautumisia on ollut silti hyvin rajallinen määrä, koska epäillyt eivät koe poliisia viranomaiseksi, jolle myönnettäisiin huumeriippuvuus tai hoidon tarve eikä hoitoon meno ole tarpeeksi houkutteleva vaihtoehto sakon rinnalla. Poliisit eivät myöskään koe itseään uskottaviksi hoidon konsulteiksi. (Kekki 2004b)

Helsingissä ja Turussa tehdyn tutkimuksen⁷⁹ mukaan poliisin ja sosiaalityöntekijöiden välistä yhteistyötä vaikeuttavat erityisesti asenteet: Poliisit näkivät huumausaineet laittomina ja käyttäjät rikollisina, jotka olivat itse vastuussa omasta tilanteestaan, ja korostivat huumausaineista aiheutuvia haittoja yhteiskunnalle ja muille kansalaisille sekä interventioita kiellettyyn käyttäytymiseen. Sen sijaan sosiaalityöntekijät korostivat, että huumeiden käyttö johtuu monista sosiaalisista ongelmista ja on usein käyttäjien kontrolloimattomissa, näin huumeiden käyttäjät tarvitsevat apua ja tukea. Vaikka viranomaisten välillä vallitsi yhteisymmärrys huumausaineiden kieltoon perustuvasta politiikasta, yhteistyön yhtenä esteenä koettiin olevan tiukat hallinnonalojen väliset rajat. (Andérssen 2003)

⁷⁸ Aineistona oli 255 esitutkintapöytäkirjaa, 12 poliisin, 5 sosiaalitoimen ja 1 syyttäjän haastattelut sekä 10 avohuollon asiakkaan käyttäjähaastattelut. Lisäksi poliisitoimeen lähetettiin 260 poliisille kysely, jonka vastausprosentti oli 60 %. (Kekki 2004b)

⁷⁹ Tutkimuksessa haastateltiin poliiseja ja sosiaalityöntekijöitä Helsingissä ja Turussa keväällä 2001. Haastattelut toteutettiin 9 ryhmähaastatteluna, joihin osallistui kaikkiaan 35 kenttätöntekijää, jotka eivät olleet erikoistuneet huumetapauksiin.

Vuonna 2004 tehtiin rikollisen käyttäytymisen riski- ja palvelutarvearvioinnit yli kahden vuoden tai pitemmän vankeusrangaistuksen saaneille. Koottujen 1100 vangin tietojen perusteella päihdekuntoutukseen osallistumista oli suositeltu 31 prosentille vangeista. (Hypén 2004) Olettamuksen mukaan lyhytaikaisten vankien joukossa päihdekuntoutuksen tarve on vieläkin suurempi. Vankiloiden terveydenhuoltoa koskevan selvityksen mukaan kaikkiaan 46 %:lla vangeista on todettu huumeriippuvuus tai huumeiden haitallinen käyttö. Erityisesti vankila-aikaisen alkoholinkäytön ollessa rajoitettua käyttö saattaa siirtyä muihin päihdyttäviin aineisiin. Tämän vuoksi vankeinhoidon lääkärien keskuudessa tehtiin vuonna 2004 linjaus, jonka mukaan riippuvuutta aiheuttavien lääkkeiden käyttöä pyritään vähentämään hoidossa. (Vankeinhoidon vuosikertomus 2005)

Kaikissa vankeinhoidon laitoksissa oli vuonna 2004 päihhteettömyyttä tukevia päihdeohjelmia. Kuntoutusohjelmiin osallistui 840 (873 vuonna 2003) vankia sekä hoitoon motivointiin tai retkahdushoitoon 1100 (1646) vankia. Vuonna 2004 opioidiriippuvaisten korvaushoidossa oli 50 vankia. Lähes kaikissa vankiloiden suljetuissa laitoksissa oli myös sopimusosastoja, jotka ovat päihhteettömiä. Tällä hetkellä kaikista suljetuista osastoista sopimusosastoja on 15 %.⁸⁰ Ulkopuolisiin laitoksiin oli sijoitettuna 50 (39) vankia ja uusintarikollisuuden ehkäisyohjelmissa oli mukana 288 (250) vankia. Joskus määräaikainen sijoitus on tehty koko lyhyen vankilatuomion ajaksi, mutta tavallisemmin sijoitus on tehty vankilarangaistuksen lopulla. Vuoden 2003 tietojen perusteella yli puolet laitosisjaksoista on alle 3 kuukauden mittaisia. Kokonaiskuntoutusaika on kuitenkin pidempi, koska vankilassa alkanut kuntoutus jatkuu useiden tuomittujen osalta myös vankilasta vapautumisen jälkeen kuntien toteuttamana kuntoutuksena. (Karsikas 2004, Karsikas ym. 2004)

Uuden vankeinhoidon peruslainsäädännön mukaan vankeusrangaistus pyritään näkemään kolmivaiheisena prosessina, joka muodostuu riski- ja tarvearvioinnista, vankeusajan täytäntöönpanosta sekä vapautumisen valmistelusta. Helsingin vankilan päihhteettömän osaston toimintaa ja hoito-ohjelmia arvioitiin vuoden 2002 marraskuusta huhtikuuhun 2003.⁸¹ Päihhteettömällä osastolla on vankilassa vakiintunut asema ja rakenne. Osastolle hakeutuu myös riittävästi päihdeongelmaisia vankeja ja osaston jäsenillä on monipuolista koulutusta ja osaamista alalla. Arvioinnin mukaan työntekijöiden on kuitenkin vaikea keskittyä muiden töiden ohella yhden osaston toiminnan kehittämiseen ja vankien on vaikea irrottautua vankila- ja vankikulttuurin

⁸⁰ Ks. <http://www.vankeinhoito.fi/4829.htm>.

⁸¹ Tutkimukseen kuului yksi kuukauden mittainen osallistuvan havainnoinnin osuus, jonka kohteena olivat osaston työryhmä- ja yhteisökokoukset. Lisäksi toteutettiin kolme vankien ryhmähaastattelua, tutkijoiden ja vankien palautekeskustelu sekä 11 vankien henkilöhaastattelua. Työryhmän päihdeohjaajat (2) ja osaston vartijat (2) haastateltiin henkilökohtaisesti.

siteistä. Päihdekuntoutuksen näkökulmasta osaston luonne ja hoito-ohjelman sisältö eivät ole selkeästi rakentuneet eikä osaston resurssointi täytä kaikilta osin päihdepalvelujen laatusuosituksia. Ulkoiset puitteet hoidolle ovat olemassa, mutta se edellyttää työntekijöiltä lisää kouluttautumista ja sitoutumista pitkäjänteiseen työskentelyyn sekä vankilalta ja rikosseuraamusvirastolta sitoutumista toimintaedellytysten turvaamiseen. (Tourunen ym. 2004)

Vankilasta vapautuvien yhteiskuntaan kiinnittämisen ja yksilöllisen kuntoutuksen toteuttamisen merkittäviä esteitä ovat vankien huonokuntoisuus, lyhyet tuomiot ja vankien liian suuri määrä suhteessa vankipaikkoihin⁸². Vapautuvat vangit jäävät peruspalvelujärjestelmän ulkopuolelle sekä puuttuvien resurssien että asenteellisuuden takia: kunnat eivät usko asiakaskunnan mahdollisuuteen toipua ja jotkut eivät edes halua tunnustaa vankilasta vapautunutta asiakkaakseen. Järjestöillä on palvelukokonaisuuksia, joissa saman katon alla saa tukea moniin ongelmiin, mutta toimintaa hankaloittaa kunnilta ja valtiolta tulevan rahoituksen lyhytjänteisyys ja epävarmuus. Vankilakierteessä olevien työmarkkinakelpoisuus ja terveys on huono. Paikallistason verkostotyö vakavien sosiaalisten ongelmien ratkaisutapana kuitenkin pikemmin tukee yhteiskunnan rakenteissa olevia ongelmia kuin ratkoo niitä. Valtakunnallisesti keskeiset kysymykset ovat, kuka ylipäänsä kuuluu vankilaan, minkälaisin rangaistuksin ja mitä lainsäädännöllisiä uudistuksia tarvitaan vankimäärän pienentämiseksi. Haaste suuntautuu myös sosiaali- ja terveystoimelle, sillä mitä vähemmän panostetaan jo syrjäytyneisiin, sitä enemmän syrjäytyneet siirtyvät oikeus- ja lainvalvontaviranomaisten vastuulle. Rikostaustaisten henkilöiden elämänlaadun kohentamista voidaan perustella myös lisääntyvällä kansalaisten turvallisuudella ja kokonaistaloudellisilla säästöillä. (Rantala 2005)

Joulukuun 2001 ja 2004 välillä toteutettiin kriminaalihuollon pääkaupunkiseudun aluetoimistojen yhteinen päihdetyön kehittämishanke.⁸³ Hankkeen tavoitteina oli mm. päihdeongelmaisten valvontaan vapautuvien asiakkaiden hoitojatkumon turvaaminen, uusien työtapojen kehittäminen kriminaalihuollon päihdetyöhön ja päihdetyön osaamisen lisääminen. Yhteensä hankkeessa on ollut 95 kirjattua asiakasta, joista noin puolet on ollut mukana intensiivisessä työskentelyssä. Yhdellä

⁸² Aineisto käsittää "yhteistyössä rikoksettomaan elämään" -hankkeen julkisia dokumentteja, Rikosseuraamusviraston Tampereella järjestämän verkostokoulutuksen ryhmätyöt, asiantuntijoiden, viranomaisten ja kolmannen sektorin haastattelut (25) sekä kahden kuntoutuksessa olevan rikostaustaisen miehen kertomukset tilanteestaan ja sen taustoista. (Rantala 2004b)

⁸³ Kehittämishanke toteutettiin aikavälillä 20.10.2003 - 19.4.2004 ja hankearvioinnissa on käytetty taustamateriaalina hankkeen itsensä tuottamia asiakirjoja, haastateltu teemahaastatteluilla kaikki neljä kehittämishankkeessa työskentelevää erityisohjaajaa, tehty neljän, työntekijöiden ehdottamien asiakkaiden haastattelua sekä hyödynnetty Helsingin, Hämeenlinnan ja Keravan vankiloiden päihdeettömällä osastoilla suoritettuja ryhmähaastatteluja vankiloiden päihdekuntoutuksessa olleiden mielipiteitä itse kuntoutuksesta että toiveista päihdekuntoutuksen jatkoista siviilissä.

kertaa työskentelyssä mukana olevien asiakkaiden määrä ohjaajaa kohden ei ole ylittänyt kahdeksaa asiakkuutta. Asiakkaat ovat tulleet hankkeen toimintaan vapaaehtoisesti ja suurin osa kontakteista on solmittu vankilassa, hyvissä ajoin ennen asiakkaan vapautumista. Asiakkaat arvostivat vankiloissa toteutettua päihdekuntoutusta. Erityistä palautetta hankkeen asiakkaat antoivat työntekijöiden vahvuudesta jaksaa tukea ja auttaa vaikeissakin tilanteissa. Asiakkaiden ja hoidon eri sektorien välisiin yhteispalavereihin asiakkaat sen sijaan suhtautuivat ristiriitaisesti. Pelkoa aiheuttivat retkahdukset, sillä niiden pelättiin vaikuttavan saataviin etuihin. Erityisenä ongelmana asiakkaat kokivat asuntoasioiden järjestämisen vapautumisen jälkeen. Hankearvion mukaan asiakastyössä on korostunut asiakkaiden motivointityöskentely ja asiakkaiden tulee itse sitoutua asioidensa hoitamiseen. Työntekijät korostivat hankkeessa luottamuksen ja avoimuuden ilmapiiriä asiakkaiden kanssa. Retkahduksen vuoksi ei asiakasta hylätä vaan häntä tuetaan jatkamaan pyrkimystään päihteettömyyteen. Kehittämishankkeessa on korostunut työntekijöiden koulutuksen merkitys, monipuolinen osaaminen päihdetyössä ja kriminaalihuollon alalla mutta myös yhteistyöverkostojen toimintaa ohjaavassa projektityössä. (Reijonen ym. 2004a; 2004b)

10. Huumemarkkinat⁸⁴

Suomen huumausainemarkkinoilla esiintyy erityisesti kannabistuotteita, synteettisistä huumausaineista amfetamiinia ja jonkin verran ekstaasia sekä buprenorfiinivalmiste Subutexia. Heroiinia Suomessa on tarjolla niukasti, samoin kuin kokaiinia Kannabistuote- ja buprenorfiinitakavarikkojan (Subutex®) kokonaislukumäärissä ei ole ollut 2000-luvulla suurta vaihtelua, amfetamiini- ja ekstaasitakavarikkojen määrissä on jopa pientä vähenemistä ja heroinitakavarikkojen määrät ovat romahtaneet. Kannabistuotteista marihuanan ja kannabiskasvien takavarikkojen määrässä on kuitenkin todettavissa selvää kasvua, samoin kuin Subutexin osalta poliisin takavarikoimassa ainemäärässä, sillä aiemmin Subutex-takavarikkoja tehtiin useimmin rajaliikenteestä.

Henkilökohtaisesti kohdatun huumausainetarjonnan laajuus on 2000-luvulla pysynyt tasaisena tai jopa vähentynyt hieman Huumetarjonnan osalta erityisesti virolaisperäisillä järjestäytyneillä rikollisryhmillä on ollut viime vuosina merkittävä rooli lähes kaikkien huumeiden salakuljetuksessa Suomeen. Vuodesta 2003 lähtien suomalaisten rikollisryhmien merkitys huumeiden välittämisessä

⁸⁴ Vrt. Virtanen 2004, luku 5

on kuitenkin lisääntynyt, mutta virolaiset järjestäytyneet rikollisryhmät ovat edelleen merkittävässä asemassa huumausaineiden toimittajina.

10.1 Huumeiden saatavuus ja tarjonta⁸⁵

Huumausaineiden maahantuonti on kansainvälistä rikollisuutta, ja noin 20 % törkeistä huumausainerikoksista epäillyistä on ulkomaalaisia. Törkeistä huumausainerikoksista epäiltyjen ulkomaalaisten joukossa suurimmat ryhmät muodostuivat vuonna 2004 virolaisista (45 % ulkomaalaisista epäillyistä) ja venäläisistä (10 %) epäillyistä. (KRP 2005)

Virolaisperäisillä järjestäytyneillä rikollisryhmillä on merkittävä rooli lähes kaikkien huumeiden salakuljetuksessa Suomeen. Törkeistä huumausainerikoksista epäiltyjen Viron ja Venäjän kansalaisten lukumäärät ovat kuitenkin vähentyneet edellisvuodesta samalla kun suomalaisten rikollisryhmien vastuu huumausaineitten levittämisestä Suomessa on kasvanut. Esimerkiksi Virossa, Venäjällä tai Neuvostoliitossa syntyneitten törkeistä huumausainerikoksista epäiltyjen osuus nousi tuntuvasti 1990-luvun lopulta lähtien, mutta vuosina 2003 - 2004 heidän osuutensa laski vuosikymmenen alun luvuista yli puolella, 11 prosenttiin. (KRP 2005)

Samaan aikaan suomalaisten rikollisryhmien merkitys huumausainekaupassa on kasvanut, mikä on tiivistänyt Suomessa tyypillisesti löyhärakenteista ja vakiintumatonta ammattirikollistraditiota sekä lisännyt organisoituun rikollisuuteen liittyvää väkivaltaa. Jälkimmäinen tulee esiin jo nyt rikollisryhmien hallusta tavattujen sotilasräjähteiden määrän lisääntymisenä. Myös taloudellisen rikollisuuden merkitys tärkeänä rahoitustoimintona organisoidussa rikollisuudessa vahvistuu. (KRP 2004)

Salakuljetusta tapahtuu suoran Viron ja Suomen välisen meriyhteyden lisäksi Virosta erityisesti Ruotsin ja Ahvenanmaan mutta myös Haaparannan ja Tornion kautta Suomeen. Amfetamiineja ja buprenorfiinia salakuljetetaan Viron tai myös Venäjän kautta ja ensimmäisiä merkkejä synteettisten huumeiden lajittelu- ja pakkaustoiminnan siirtymisestä Suomeen havaittiin vuonna 2004 Rohypnol-sekoittamon paljastumisen myötä. Salakuljetusreitit Venäjältä Suomeen itärajan yli ovat yhä merkittävämmässä asemassa. (KRP 2004; 2005)

⁸⁵ Ks. myös tietokioski tai tilastotiedote: <http://annualreport.emcdda.eu.int/fi/home-fi.html>

Vuosina 1993 - 2004 aikuisväestön terveyteen vaikuttavien elintapojen seurantatutkimuksessa on kysytty kenelle on tarjottu huumeita joko ilmaiseksi tai ostettavaksi viimeksi kuluneen vuoden aikana (Piispa ym. 2005). Kyselyn mukaan tarjonta on tasaantunut ja jopa laskenut 2000-luvulla. Vuonna 2004 tarjonta kohdistui 5 prosenttiin aikuisväestöstä. Tarjonta on korkeinta ikäluokassa 15 - 24 -vuotiaat, miesten osalta 17 % (19 % vuonna 2003) ja naisten osalta 16 % (21 %). Vanhemmissa ikäluokissa tarjonta miehille on suhteellisesti hieman laajempaa kuin tarjonta naisille. Miesten kohtaamassa huumetarjonnassa on esiintynyt suuria vaihteluja: vuonna 2004 kaikista 25 - 34 -vuotiaista miehistä 14 prosentille tarjottiin huumeita (9 prosentille vuonna 2003 mutta 15 prosentille vuonna 2002). Naisten osalta luvut ovat viime vuosina pysyneet tasaisesti 6 - 7 prosentissa. Tarjonta on ollut maksullista vain 20 prosentille niistä, joille tarjonta on kohdistunut. Tarjonnan kohteina ovat selkeästi useammin naimattomat opiskelijat pääkaupunkiseudulla tai muissa suurissa kaupungeissa.

10.2 Huumausainetakavarikot⁸⁶

Huumausaineiden takavarikkojen trendi noudattaa 2000-luvulla samaa tasaantuvaa kehitystä kuin väestökyselyjen mukaan saatu huumetarjonnan trendi. (KRP 2004, 2005; Kainulainen 2005)

Takavarikoidun kannabiksen kokonaismäärä pysyi 2000-luvun alussa tasaisena: hasistakavarikkojen kilomäärä (467 kg vuonna 2004) ja takavarikkojen lukumäärä (2626) laski mutta marihuanatakavarikkojen kilomäärä (26 kg) ja lukumäärä (2067) nousi. Takavarikoitujen kannabiskasvien määrä (7829 kappaletta + 42 kg) ja takavarikkojen lukumäärä (1406) yli kaksinkertaistui.

Aamfetamiinien takavarikkomäärät (102 kg, 3392 takavarikkoa) vähenivät hieman ja ekstaasin osalta takavarikkomäärät laskivat huomattavasti (23243 tablettia, 328 takavarikkoa). Kokaiinitakavarikkojen (1,1 kg, 65 takavarikkoa) osalta ei ole tapahtunut mitään suurta muutosta. Sama koskee LSD-takavarikkoja (196 annosta).

Heroiinin takavarikoitu määrä romahti 2000-luvun alussa ja oli vuonna 2004 erittäin vähäinen (200 grammaa, 45 takavarikkoa). Tosin on huomattava, että vuoden 2005 kesällä Suomen tulli teki Venäjän rajalla kaikkien aikojen suurimman heroiinitakavarikon, 51,7 kilogrammaa Ruotsiin

⁸⁶ Ks. myös tietokioski tai tilastotiedote: <http://annualreport.emcdda.eu.int/fi/home-fi.html>

matkalla olleesta kuorma-autosta. Tämä vahvistaa arviota Venäjän merkityksen kasvusta heroiniin kansainvälisenä salakuljetusreittinä. Samalla aikavälillä buprenorfiinivalmisteen (Subutex®) takavarikot pysyivät keskimääräisesti samalla tasolla (32970 tablettia, 844 takavarikkoa vuonna 2004). Huomattavaa on, että erityisesti poliisin takavarikoiman Subutexin määrä kasvoi tuntuvasti samalla kun tullin takavarikoiman Subutexin määrä laski. Alkuvuonna 2005 takavarikoidun Subutexin kokonaismäärä on kuitenkin pudonnut tuntuvasti. Myös huumeiden vuoksi tehtyjen apteekkeihin ja muihin huumaavia lääkevalmisteita säilyttäviin kohteisiin tehtyjen murtojen määrä (74) on pysynyt hyvin tasaisena.

Khatin takavarikkomäärät ovat olleet selvässä kasvussa 2000-luvun alussa. Tulli takavarikoi khat-kasvia vuonna 2004 yhteensä 2119,84 kg, vuotta aiemmin 1887,78 kg ja esimerkiksi vuonna 2002 sitä takavarikoitiin vain noin 1000 kg. Suomessa khat on lähinnä etnisten ryhmien suosiossa, mutta se työllistää viranomaisia, eniten tullia. Suurin osa khat-takavarikoista tehdään lentokentällä. (Tullin vuosikertomus 2005)

10.3 Huumausaineiden hinta ja laatu⁸⁷

Huumausaineiden laboratoriotunnistus ja siihen liittyvät pitoisuuksien mittaamiset suoritetaan KRP:n rikosteknisessä laboratoriossa tai tullilaboratoriossa. Vuonna 2003 amfetamiinin keskipitoisuus katukaupassa oli 35 % (vaihteluväli 2,8 % - 98 %), metamfetamiinin 17 % (2,2 % - 36 %), valkoisen heroinin 6 % (2,7 % - 31 %) ja kokaiinin 70 % (59 % - 74 %). Tukku- ja katukaupassa olivat keskimäärin puhtaampia. Amfetamiinin keskipitoisuus tukkukaupassa oli 60 %, metamfetamiinin 33 %, valkoisen heroinin 7 % ja kokaiinin 80 %. (KRP 2004). Vuoden 2004 osalta tietoja eri huumeiden pitoisuuksista katukaupassa ei ole käytettävissä, sillä pitoisuusmääritykset tehdään vain kaikista yli 5 g (nykyään yli 10 g) jauhe-eristä (ja marihuanasta vain pyydettyinä).

Tukku- ja katukaupan takavarikoissa amfetamiinin vuosittaiset keskiarvopitoisuudet ovat liikkuneet 50 prosentin molemmiin puolin koko 1990-luvun. Vuonna 2004 amfetamiinin keskiarvopitoisuus laski 34 prosenttiin (48 % vuonna 2003). Heroinin pitoisuudet ovat vaihdelleet voimakkaasti eri vuosina. Tosin viime vuosina heroininierä on tullut tutkittavaksi enää harvakseltaan. Vuonna 2004

⁸⁷ Ks. myös tietokioski tai tilastotiedote: <http://annualreport.emcdda.eu.int/fi/home-fi.html>.

tehtiin määrittäisiä vain viisi kertaa keskiarvopitoisuuden ollessa 26,5 %. (KRP:n rikostekninen laboratorio 2005)

Katukaupassa tyypillinen grammahinta vuonna 2004 oli hasikselle 8 € - 12 €, valkoiselle heroiinille 120€ - 200 €, amfetamiinille 15 € - 35 € ja kokaiinille 67 € - 168 € sekä ekstaasitableteille 12 € - 20 € ja Subutex tableteille 50 € - 80 €. (KRP:n huumetietopalvelu ja Tullilaboratorio)

11. Huumeisiin liittyvä laillisuusvalvonta⁸⁸

Huumausainerikostutkintaa on viime vuosien aikana kohdistettu erityisesti ammattimaisen ja järjestäytyneen huumausainerikollisuuden ennalta estämiseen, paljastamiseen ja selvittämiseen. Huumausainerikosten osalta rikostiedostelulla on erityisesti pyritty yrityksiä hyväksi käyttäen tapahtuvaan rikoshyödyn kätkemisen paljastamiseen. Katutason kontrolliin on myös panostettu enemmän lisäämällä muiden kuin vaativaa huumausainerikostutkintaa tekevien poliisien osuutta katuvalvonnassa.

Järjestäytyneen rikollisuuden torjunnan tehostamiseksi poliisi, tulli ja rajavartiolaitos ovat perustaneet yhteisiä rikostiedusteluyksiköitä, joiden tavoitteena on yhdenmukaistaa toimintatapoja sekä tuottaa rikoksista ja rikollisista ajantasaista, analysoitua tilannekuvaa operatiivisen toiminnan tarpeisiin. Huumausainerikosten osalta on pyritty puuttumaan aikaisempaa enemmän yrityksiä hyväksi käyttäen tapahtuvaan rikoshyödyn kätkemiseen. Lisäksi oikeusministeriön työryhmä ehdottaa nuorten osalta arestirangaistuksen käyttöönottoa ja poliiseille esitetään toimintavaltuuksien lisäämistä (edellytykset anonyymille todistukselle ja rikokseen osallistumiselle) peitetoinnassa.

11.1 Huumevalvontajärjestelmä

Huumausainerikostutkintaa on viime vuosien aikana kohdistettu yhä enemmän ammattimaisen ja järjestäytyneen huumausainerikollisuuden ennalta estämiseen, paljastamiseen ja selvittämiseen. Huumausaineiden tarjontaan puuttumisella on pystytty hillitsemään organisoitujen huumeliigojen toimintaa ja rikollisen toiminnan Suomeen ulottuvia vaikutuksia on pyritty torjumaan jo maan rajojen ulkopuolella. Kansainvälinen yhteistyö huumausainerikosten tutkinnassa on lisääntynyt

⁸⁸ Vrt. Virtanen 2004, luku 16.

voimakkaasti, mikä sitoo paljon resursseja. Törkeiden huumausainerikosten määrän lasku selittyikin osittain eräillä suurilla tutkintakokonaisuuksilla, joihin keskittyminen on myös pidentänyt tutkinta-aikoja mutta samalla nostanut huumarikosten selvitystasoa. (Virtanen 2005)

Laajoihin huumerikostutkintoihin liittyvän takavarikkokeskeisen huumausainerikostutkinnan ongelmana on kuitenkin huumausaineiden kysyntään vaikuttamisen jääminen vähemmälle huomiolle. Huumeiden ongelmakäyttäjien määrän ja aineiden kysynnän lisääntyminen on johtanut myös ammattimaisen huumeikaupan lisääntymiseen. Katutason kontrolliin on pyritty panostamaan lisäämällä muiden kuin vaativaa huumausainerikostutkintaa tekevien poliisien osuutta katuvalvontaan. Tehokkaalla huumeiden käyttäjiin ja myyjiin kohdistuvalla tekijäkeskeisellä huumerikostorjunnalla voidaan vähentää muutakin paikallista rikollisuutta ja näin lisätä asukkaiden turvallisuuden tunnetta. Ote edellyttää kuitenkin poliisin ja muiden viranomaisten verkottumista ja yhteistyötä. (Virtanen 2005)

Poliisin esitutkintapöytäkirjojen perusteella ja tutkinnan johtajia haastatellen tarkasteltiin kaikkiaan 15 rikoskokonaisuutta 1990-luvun lopulla. Vuosikymmenen lopussa ammattimainen huumausainerikollisuus toi tyypillisesti pienehköissä ja melko löyhästi organisoituneissa ryhmissä, mutta nähtävissä oli jo Viron ja Venäjän järjestäytyneen rikollisuuden vaikutuksen voimistuminen. Maantieteellisesti laajimmat jakelu- ja toiminta-alueet todettiin suomalaisrikollisten johtamilla organisaatioilla, mutta näissäkin käytettiin ulkomaisten salakuljettajien palveluja. Ulkomaiset ryhmät hyödynsivät tehokkaasti puutteellisen kielitaidon vuoksi sivuun jääneitä, monissa tapauksissa päihderiippuvuudesta kärsiviä maahanmuuttajanuoria. Uusia kommunikaatiovälineitä (matkapuhelimet, anonyymiliittymät, sähköpostit ja Internet) hyödynnettiin myös laajalti. Poliisin saatua lisää toimintamahdollisuuksia valvontaan tätä kanavaa ei enää ollut yhtä helppoa hyödyntää. Koska monista toimenpiteistä jää helposti havaittava jälki, rikosryhmät joutuivat välttämään elektronisia rahansiirtoja ja siirtymään käteisen käyttöön. Vankilat, mutta eivät aina suomalaiset vankilat, toimivat puolestaan tärkeänä rikosentekijöiden rekrytoinnin, yhteydenpidon ja toiminnan suunnittelun lähteinä. Laillisesta taloudesta hyödynnettiin muun muassa kuljetusyrityksiä salakuljetuksessa, asuntokauppaa aineiden varastoinnissa ja esimerkiksi ravintola- ja rakennusalan yrityksiä rahanpesussa. (Hietaniemi ym. 2005)

Vaikka esimerkiksi keskuskauppakamari on tukenut ajatusta taloudellisen rikollisuuden ennalta ehkäisystä ja torjunnasta, valvonnan lisäämisellä väitetään olevan hyötyjä suurempia negatiivisia sivuvaikutuksia yhteiskunnalliseen ja taloudelliseen toimintaan. Joiltain osin riskitietoisuuden

leviämistä on kuitenkin edistetty myös lainsäädännöllä, joka velvoittaa tarkistamaan asiakkaan aikeiden laadun. Rikollisuuden ennaltaehkäisy edellyttää tietämistä ja toimimista ennen kuin teot on tehty, mikä korostaa kansallisten ja eri alojen toimintojen yhdenmukaisuutta, koska vastatoimien puutteellisuus luo liikkumatilaan laittomalle toiminnalle. (Hietaniemi ym. 2005)

11.2 Oikeusjärjestelmän toiminta

Valtakunnansyyttäjävirstossa on seurattu huumausaineiden käyttörikosuudistuksen toimivuutta käytännössä. Poliisiylijohdon ja valtakunnansyyttäjän kesken on sovittu, että alle 18 -vuotiaiden nuorten ja hoitoon hakeutuvien aikuisten käyttörikoksissa poliisi ei suoraan sakota, vaan asiat tulevat syyttäjälle ratkaistaviksi syyteharkinta-asioina. Näin turvataan se, että toimenpiteistä luopumisen mahdollisuus on todellinen. (Virtanen 2005, Metsäpelto 2003.)

Lähes jokaisessa syyttäjyksikössä on luotu hoitoonohjauksen menettelytavat yhteistyössä poliisin, päihdehuollon edustajien ja muun sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa. Jos huumeiden käyttäjä jää kiinni ja ilmoittaa haluttomuutensa hoitoon, poliisilla eikä myöskään syyttäjällä ole kuitenkaan valmiuksia motivoida käyttäjää hoitoon tai arvioida hänen hoidon tarvettaan. (Virtanen 2005, Metsäpelto 2003.)

Nuorten rangaistusten osalta oikeusministeriön työryhmä ehdottaa uuden arestirangaistuksen käyttöönottoa. Arestin noudattamista valvottaisiin sähköisillä valvontavälineillä ja kotiarestissa myös kotiin asennettavalla valvontalaitteella. Nuorisoarestin toteuttamismuotoja olisivat kotiaresti ja aluearesti. Kotiaresti määrättäisiin korkeintaan 20 vuorokaudeksi ja aluearesti korkeintaan 12 vuorokaudeksi. Kotiarestista päättäisi oikeus, aluearestista pääsääntöisesti poliisi. Kotiaresti voitaisiin ottaa huomioon myös rangaistukseen määräämisessä ja syyttämättä jättämispäätöksessä. (Oikeusministeriön tiedote 14.10.2004)

Poliisille ehdotetaan peitetointityöryhmän muistiossa (Anonyymi todistelu ja peitepoliisin oikeus osallistua rikollisryhmän toimintaan, 2005) uusia menettelytapoja rikosten torjunnassa. Työryhmä ehdottaa, että peitetointinnassa olleen poliisin anonyymi todistelu olisi mahdollista, kuitenkin vain silloin, kun syyte koskee rikosta, josta säädetty ankaran rangaistus on vähintään 10 vuotta (esimerkiksi törkeä huumausainerikos). Asiasta päättäisi tuomioistuin, jossa käsittelevä tuomari ei saisi todistajan henkilöllisyyttä tietoonsa. Peitetointintaa suorittavalle poliisille voitaisiin antaa osana peitetointintaa lupa osallistua järjestäytyneen rikollisryhmän toimintaan ja rikoksen tekoon.

Ehtona on kuitenkin, että on syytä olettaa rikokset tulevan tehdyksi myös ilman poliisin myötävaikustakin. Lupa saataisiin tuomioistuimen päätöksellä ja se koskisi rikosta, josta säädetty ankarin rangaistus on vähintään 10 vuotta.

11.3 Valvontamenetelmät ja tekniset apuvälineet

Vuonna 2004 telekuuntelun kohteena oli 446 (414 vuonna 2003) henkilöä. Tuomioistuimet myönsivät 2028 (1840) telekuuntelulupaa. Toteutuneissa telekuunteluissa keskimääräinen kesto oli 24 vuorokautta. Kehitys johtuu siitä, että rikoksista epäiltyjen käytössä on ollut useita liittymiä. Telekuuntelua on pidetty erityisen tärkeänä pakkokeinona nimenomaan törkeiden huumausainerikosten selvittämisessä. Vuonna 2004 televalvonnan kohteina olleiden rikoksista epäiltyjen määrä oli 775 (1025). Kaikkiaan tuomioistuimet myönsivät vuonna 1822 (1948) televalvontalupapäätöstä. Hieman yli viidennes näistä kohdistui huumausainerikollisuuteen. Tekninen kuuntelu on melko vähän käytetty tutkintakeino ja vuonna 2004 sitä käytettiin 33 (52) tapauksessa, joista suurin osa vankiloissa törkeiden huumausainerikosepäilyjen vuoksi. Teknistä kuuntelua vakituiseen asuntoon käytetyssä tilassa käytettiin 8 kertaa. (Kainulainen 2005).

Peite- ja valeostotoimintaa on käytetty lähinnä törkeiden huumausainerikosten selvittämisessä. Vuonna 2002 päätöksiä peitet toiminnasta tehtiin muutama ja kohteena oli alle 10 rikoksesta epäiltyä. Vuonna 2003 määrät lisääntyivät hieman, mutta ne ovat edelleen vähäisiä. Vuonna 2002 poliisi kirjasi 10 valeostopäätöstä joiden kohteena oli alle 20 rikoksesta epäiltyä. Tätä seuraavina vuosina lukumäärät ovat laskeneet tästäkin. (Kainulainen ym. 2004)

Rahanpesun selvityskeskus sai ilmoituksia epäilyttävistä liiketoimista vuoden 2004 aikana 4300. Erityisesti rahapelitoimintaa harjoittavat yhteisöt ja valuutanvaihtoyhtiöt lisäsivät merkittävästi ilmoitusaktiivisuuttaan ja niistä tuleekin 80 % kaikista ilmoituksista. Seuraavaksi tärkein ilmoittaja ovat pankit. Esitutkintaan päätyi 551 ilmoitusta, jotka liittyivät useimmin talous- ja huumausainerikoksiin. Näistä valuutansiirron keskeytystoimia tehtiin 25, joissa liiketoiminnan yhteisarvo oli 1,4 miljoonaa Euroa. Rahanpesun torjunta on myös luonteeltaan hyvin kansainvälistä, sillä tutkittavista tapauksista 40 % oli siirtoja rajan yli. Kansainvälisen luonteensa vuoksi yhteistyösopimuksia onkin kirjattu 14 maan vastaavien viranomaisten kanssa. (KRP tiedote 16.2.2005)

Vankiloissa huumausaineiden tarjontaan kohdistuvan valvonnan edellytyksiä luodaan tila- ja toimintajärjestelyillä sekä osasto- ja huonerakenteilla. Henkilökuntasijoittelulla ja teknisillä ratkaisuilla helpotetaan päihhteettömyyden valvontaa. Vankilan ja poliisin paikallisessa yhteistyösopimuksessa määritellään tehdyn huumelöydöksen seuraamusmenettely, käsitelläänkö se kurinpitoasiana vankilassa vai siirretäänkö se poliisin tutkittavaksi. Erityistarkastuksissa on ollut mukana myös muita viranomaisia ja viranomaisyhteistyötä onkin tehostettu kaikilla valvonnan osa-alueilla. Lisäksi useisiin vankiloihin on sijoitettuna huumekoira, joka osallistuu paitsi päihdevalvonnan erityistarkastuksiin, myös laitoksen päivittäiseen tarkastustoimintaan. (Vankeinhoidon päihdestrategia 2004, 24 - 25.) Huumekoiria on lainattu myös poliisilta ja tullilta, jolla huumekoiria on noin 50. (Tullin huumekoirat –esite, 2005).

11.4 Tiedustelu ja tietojärjestelmät

Järjestäytyneen rikollisuuden torjunnan tehostamiseksi poliisi, Tulli ja rajavartiolaitos (PTR-yhteistyö) ovat perustaneet yhteisiä rikostiedusteluyksiköitä, joiden tavoitteena on yhdenmukaistaa toimintatapoja sekä tuottaa rikoksista ja rikollisista ajantasaista, analysoitua tietoa operatiivisen toiminnan tarpeisiin. Toiminta lähti käyntiin vuoden 2004 puolivälissä, jolloin lääneihin perustettiin alueelliset PTR-rikostiedusteluryhmät ja keskusrikospoliisiin valtakunnallinen PTR-rikostiedustelukeskus. Eräillä rajanylityspaikoilla toimii lisäksi paikallisia PTR-rikostiedustelupisteitä. Toiminnan kokonaisvahvuus on runsaat 30 henkeä, joista kaksi kolmannesta on poliisista ja yksi kolmannes Tullin ja rajavalvonnan henkilöstöä. Toiminnan käytännön järjestelyistä ja koordinoinnista vastaa keskusrikospoliisi. Ensimmäisten kokemusten valossa PTR-rikostiedustelu on tehostanut järjestäytyneen rikollisuuden ja massarikollisuuden tutkintaa. (Rajavartiolaitoksen tiedote 10.3.2005)

Rikostutkinnan tilan selvityshankkeen loppuraportin (2003) mukaan rikostiedustelua ja siihen kytkeytyvää operatiivista rikosanalyysia ei riittävästi mielletä rikostorjunnan perustoiminnaksi. Tiedustelu kohdistuu lähinnä huumausainerikollisuuteen, vaikka sen tulisi kohdistua vähintäänkin kaikkiin ammattimaisen ja järjestäytyneen rikollisuuden muotoihin. Tietojärjestelmien osalta todetaan, että huumausaineen käyttörikosuudistuksen jälkeen on ilmennyt ongelmia huumausainerikosten lukumäärien tilastoinnissa, mikä puolestaan vaikeuttaa kontrollitoimien suunnittelua. Käyttörikoksista annettavissa rangaistusvaatimuksissa ei esimerkiksi ilmene riittäviä tietoja takavarikoidun huumausaineen määrästä ja laadusta, rikoksesta epäillyn ensikertaisuudesta

tai siitä, onko epäilty rikos paljastettu huumausaineen katuvalvonnassa. Rikostilanteen seurantaan haittaa myös se, että törkeiden huumausaineiden osalta rekisteriin kirjataan vain yksi törkeä huumausainerikos, jossa saattaa olla useita tekijäkumppaneita. Ennen samaa huumausaine-erää koskevassa jutussa jokaisen rikokseen osallisen henkilön syyksi luettava erillinen rikos kirjattiin rekisteriin.

B. ERITYISTEEMAT

12 Huumeet ja sukupuolierot

Keskeiset huumeiden käyttöön liittyvät, sukupuolia erottavat tekijät ovat nuorten tyttöjen jopa poikia varhaisemmat laittomien huumeiden kokeilut, naisten huumeekokeilujen huomattavasti miehiä nopeampi väheneminen 25-ikävuoden jälkeen sekä kokonaisuudessaan naisten miehiä selvästi alempi huumeiden käyttötaso. Sen sijaan pidempiaikaisesti syrjäytyneiden osalta erot sukupuolten välillä eivät ilmeisesti muutu yhtä nopeasti iän myötä. Myös sukupuolittain erityvien toimenpiteiden voidaan arvioida keskittyvän juuri näihin kohderyhmiin.

Lasten ja nuorten osalta ennalta ehkäisevä työ tapahtuu useimmiten tasapuolisesti eri sukupuolien välillä koulussa. Sukupuolierot ehkäisevässä työssä liittyvät ensisijassa sukupuolittain eriytyviin muihin toimiin (harrastuksiin). Huumehoitoa annetaan yleisesti samoin menetelmin sekä miehille että naisille - vain hoitoyhteisön vaihtuessa. Sukupuolittain eriytyneitä hoitopalveluja on huumeiden käyttäjä-äideille ja prostituoiduille. Pidempiaikaiseen sosiaaliseen syrjäytymiseen liittyvien terveyshaittojen vähentäminen ja sosiaalinen kuntoutus on yleensä miehille ja naisille yhteistä. Poikkeuksena jälleen sukupuolittain eriytetty toimipaikat - esimerkiksi naisvankilat. Satunnaisesti on saatavilla myös sukupuolittain eriytettyjä asumis-, työllistämis- sekä kuntoutuspalveluja.

12.1. Huumetilanne - erot sukupuolien välillä

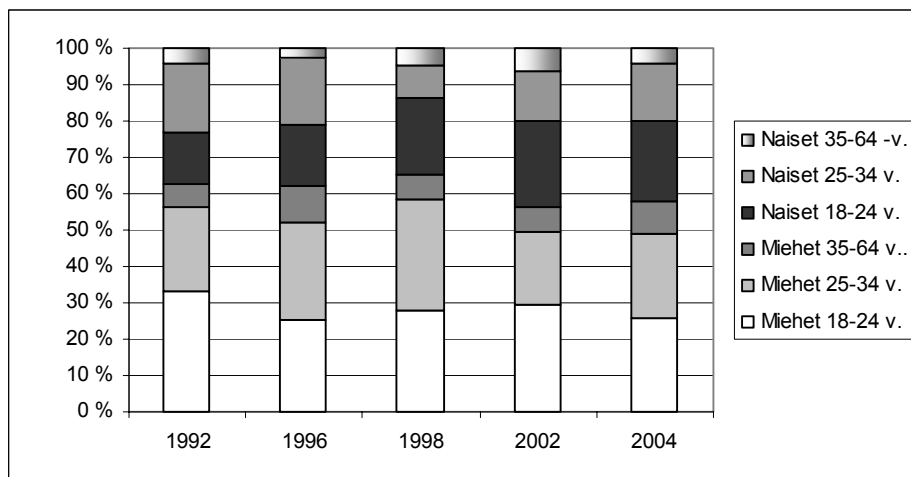
Huumeiden kokeilut ja käyttö

Joskus elämänsä aikana kannabista kokeilleiden osalta miesten käyttöosuus on suurempi (14 %) kuin naisten (11 %). Erot ovat pienimmillään nuorimmissa ikäluokissa, 15 - 16 -vuotiailla pojilla ja tytöillä molemmilla 11 % ja 15 - 24 -vuotiailla pojilla (22 %) ja tytöillä (20 %).⁸⁹ Tämän jälkeen miesten suhteellinen osuus kasvaa ja on yli 45 -vuotiaiden osalta moninkertainen naisiin nähden. Nuorten 15 - 16 -vuotiaiden muiden huumeiden käytön osalta aineiden käyttökerroissa ei ollut sukupuolien välistä eroa. Mutta erot kasvavat vanhemmissa ikäluokissa - erityisesti amfetamiinin

⁸⁹ Tytöt jopa kokeilevat laittomia huumeita aiemmin kuin pojat, sillä ESPAD -tutkimuksen mukaan 15-16 -vuotiaista pojista 11 % ja tytöistä 12 % on joskus elinaikanaan kokeillut laittomia huumeita. (the Esped Report 2003)

osalta. Jo 15 - 24 -vuotiaista amfetamiineja käyttäneistä miehiä oli 6 % ja naisia 2,2 %. Vastaava ilmiö toteutuu kannabiksen, ekstaasin ja kokaiinin osalta, mutta ehkä hieman hitaammin. Vanhemmilla ikäluokilla erot sukupuolten välillä kasvavat edelleen. Opiaattien osalta miesten osuus on alusta alkaen huomattavasti naisten osuutta suurempi. (Huhtanen ym.. 2005.)

Kuvio 14. Joskus kannabista kokeilleiden ikä- ja sukupuolijakauman kehitys 1992 - 2004



Selkeämmin ikäerot tulevat esiin viimeisen vuoden aikaisessa tai säännöllisessä käytössä. Kannabista vuoden aikana kokeilleiden tyttöjen ja poikien osuus oli 15 - 16 -vuotiaiden ikäluokasta lähes yhtä suuri (noin 8 %). Sen sijaan 15 - 24 -vuotiaiden keskuudessa sukupuolierot nousevat jo selvästi esiin, kun miehistä 12 % ja naisista enää 8 % oli kokeillut kannabista. Sukupuolierot kannabiksen käytössä korostuvat vanhemmissa ikäluokissa. Esimerkiksi 25 - 34 -vuotiaista miehistä kuusi prosenttia oli kokeillut kannabista kun naisista kannabiskokeiluja oli 1,5 %:lla. Huumeiden säännöllisen käytön arvio saadaan yleensä viimeisen kuukauden aikaisesta käytöstä. Nuorten 15 - 16 -vuotiaiden osalta aineiden käyttökertojen välillä ei ollut suurta eroa. Sen sijaan jo 15 - 24 -vuotiaiden osalta viimeisen kuukauden aikana kannabista kokeilleiden miesten osuus (9,7 %) oli lähes kolminkertainen vastaavan ikäluokan naisen osuuteen (3,9 %) ja erot kasvavat vanhemmissa ikäluokissa. (Hakkarainen ym. 2005)

Nuorten tyttöjen huumeiden käytön merkityksistä valmistuvassa väitöskirjassa on haastateltu viittatoista 15 - 27 -vuotiaista huumehoidossa ollutta tyttöä. Tyttöjen tarinoissa huumeidenkäyttö toimii erottautumisen ja seikkailun välineenä. Mielikuva ”normaaleista ihmisistä” värityy tylsyyden kautta. Huumekuviot puolestaan symbolisoivat jännitystä ja seikkailua. Yllykkeeksi huumeidenkäyttöön eivät asetu itse aineet vaan kaverit, jotka näyttäytyvät kiehtovina. Ratkaisevaksi tekijäksi huumeidenkäytön aloittamiseen on myös tytön ihastus huumeita käyttävään poikaan.

Toisaalta päinvastainen tekijä, jonka tytöt liittävät huumeidenkäytön aloitukseen, on masennus ja paha olo, joka usein kytkeytyy yksinäisyyteen ja kokemukseen hyljättyksi. Huumeidenkäyttö näyttäytyy tällöin toisenlaisena tienä rakentaa identiteettiä ja tulla hyväksytyksi. (Väyrynen. 2005)

Myös väestön mielipiteet huumeista eroavat jonkin verran sukupuolen mukaan. Huumausaineiden vakavaksi ongelmaksi arvioivien osuus on laskenut huomattavasti 2000-luvulla. Viimeisimmän tutkimustiedon mukaan 81 % väestöstä kokee huumeongelman olevan vakava yhteiskunnallinen ongelma, kun vielä 2000 -luvun alussa näin ajatteli 90 % suomalaisista. Huumeet ongelmana kokevien miesten osuus on 55 % ikäluokassa 15 -24-vuotiaat ja 68 % ikäluokassa 25 - 34 -vuotiaat. Alle 25 -vuotiaista naisista huumeita pitää vakavana ongelmana 65 % ja 25 - 34 -vuotiaista 78 %. Näin voidaan arvioida naisten mielipiteiden huumeiden käytöstä vakavoituvan varhaisemmassa vaiheessa kuin miesten. (Piispa ym. 2005)

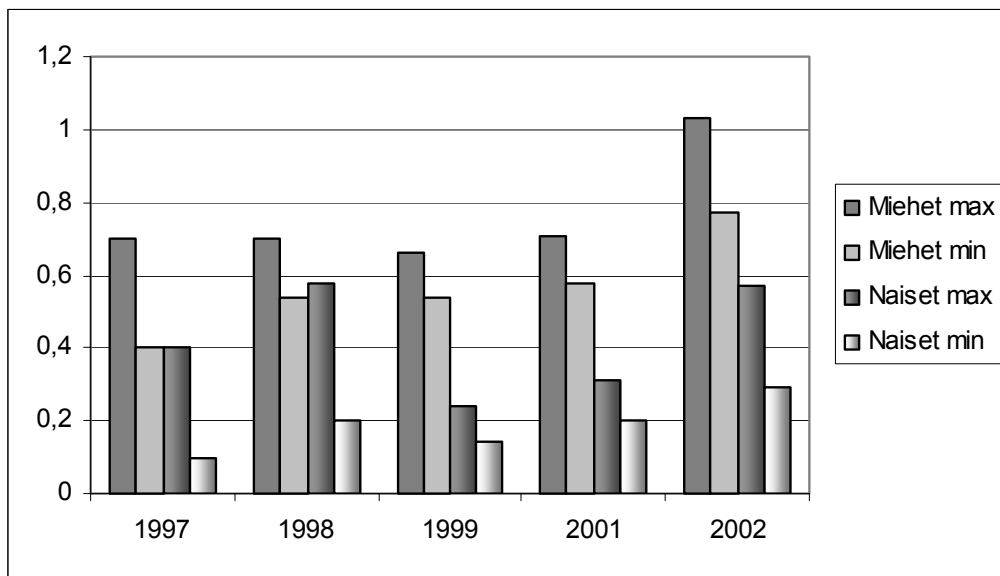
Huumeiden kokeilujen ja säännöllisen käytön osalta on havaittavissa kaksi selvää suuntausta. Ensinnäkin joskus huumeita kokeilleiden naisten osuus on vuodesta 1992 vuoteen 2004 kasvanut huomattavasti. Kasvua on etenkin nuorimmassa, alle 25 -vuotiaiden ikäluokassa, jossa erot sukupuolten välillä ovat enää hyvin pienet. Ilmiö on todennäköisesti seurausta nuorten kannabiksen kokeilujen nopeasta lisääntymisestä 1990-luvulla. Kasvava suuntaus naisten osuudessa on nähtävissä myös 1990-luvun lopulta myös ikäluokassa 25 - 34 -vuotiaat, mutta tarkasteltaessa viimeisen vuoden aikaista käyttöä, mitään suurta muutosta ei sukupuolten välillä ole tapahtunut. Toiseksi viimeaikaista ja säännöllistä käyttöä kuvaavissa arvioissa miesten osuus kasvaa nopeasti iän myötä. Yksi selitys tähän voisi olla perheen perustaminen ja naisten asema siinä. Tulkintaa vahvistaa se, että siinä missä 52 % alle 25-vuotiaista naisista tuntee lähipiirissään ainakin yhden huumeiden käyttäjän, 25 - 34 -vuotiaiden ikäluokassa käyttäjiä tuntee enää 21 %. Miesten osalta vastaavat luvut ovat nuoremmassa ikäluokassa 37 % ja vanhemmassa 33 %.

Huumeiden ongelmakäyttö

Samaa ilmiötä kuvaa ongelmakäytön arviot, joiden mukaan näyttäisi siltä, että naiset pääsevät nopeammin eroon huumekekeiluista ja päätyvät harvemmin huumeiden ongelmakäyttäjiksi. Ongelmakäyttäjien määrä on lisääntynyt nopeasti 2000-luvulla. Vuonna 2002 ongelmakäyttäjistä miesten osuus on 0,77 - 1,03 % kun vastaava naisten osuus on 0,29 - 0,57. Naisten osuus ongelmakäyttäjistä näyttäisi kuitenkin, vastoin kokeilukäyttäjien osuutta, pysyneen melko tasaisena. Amfetamiinien ongelmakäyttäjistä naisten osuus on ollut 15 - 20 prosenttia ja opiaattien käyttäjistä

noin 25 prosentin molemmin puolin. Kuitenkin on muistettava, että kokeilukäyttäjistä lähes puolet on naisia nuoremmissa ikäluokassa, joten kokeilukäytön muuttuminen ongelmakäytöksi on huomattavasti vähäisempää naisten osalta tässä ikäluokassa. Ikäryhmittäin ongelmakäyttäjien osuus laskee tasaisesti 15 - 24 -vuotiaiden 0,93 - 1,3 prosentista 35 - 55-vuotiaiden 0,25 - 0,5 prosenttiin. (Partanen P. ym. 2004)

Kuvio 15. Amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäyttäjien osuus 15 - 54 -vuotiaista aikuisista



Alkoholin käyttö on mahdollisesti myös yksi huumeiden käyttöä ja kokeiluja selittävä tekijä. Huumeiden ja alkoholin käyttö liittyvät Suomessa läheisesti yhteen. Kannabiksen käyttäjien (kokeillut huumeita viimeisen vuoden aikana ja myös ennen sitä) riski olla humalassa (vähintään 6 alkoholiannosta yhdellä kerralla) vähintään kerran kuukaudessa on kolminkertainen suhteessa niihin jotka eivät ole huumeita koskaan kokeilleet. Kannabista joskus elämänsä aikana kokeilleiden osalta suhde on yli kaksinkertainen. Sukupuolten väliset erot huumeiden käytön ja humalajuomisen osalta ovat samanlaiset. Miesten riski olla humalassa vähintään kerran kuukaudessa on lähes kolminkertainen naisten vastaavaan nähden. Kannabista viimeisen kuukauden aikana käyttäneiden miesten osuus on yli kaksi kertaa suurempi kuin naisten osuus ja ongelmakäyttäjien osalta ero on noin kolminkertainen. (Hakkarainen ym. 2005, Partanen P. ym. 2004) Erojakin on. Siinä missä naisten kannabiksen käyttö vähenee nopeasti iän myötä alkoholin käyttö ja humalakäyttö vähenee huomattavasti hitaammin. Naisten kannabiksen käyttö vähenee nopeasti 25-ikävuoden jälkeen mutta humalajuomisen väheneminen alkaa vasta 35-ikävuoden jälkeen ja pysyy silti tasaisesti 10 %:n tasolla. (Huhtanen ym. 2005, Helakorpi ym. 2005). Tämän voisi arvioida kuvaavan laittomien huumeiden kokeiluihin ja käyttöön liittyviä suurempia riskejä sekä naisten äitiydelle ja siihen

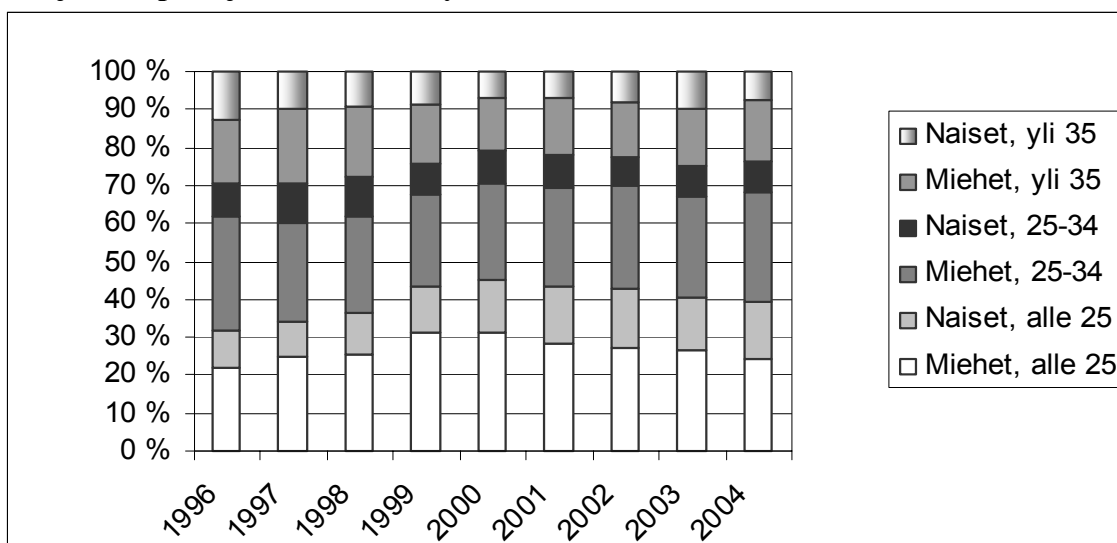
kiinnitetyille roolimalleille että perheen yhtenäisyydelle, esimerkiksi huumerikosrangaistuksiin liittyvissä huostaanottotapauksissa.

Huumehaitat

Huumeasiakkaat sairaalahoidossa

Huumausainesairauksien vuoksi terveydenhuollon vuodeosastoilla hoidettujen naisten osuus on pysynyt tasaisesti noin 30 prosentin tasolla. Hoidossa olevien naisten määrä on lisääntynyt yli 40 % viimeisen 10 vuoden aikana. Kasvua on tapahtunut erityisesti alle 25-vuotiaiden ikäluokassa, jonka osuus on nykyään 47 % kaikista terveydenhuollon vuodeosastojen naisasiakkaista. Sen sijaan muiden ikäluokkien osalta ei ole löydettävissä samanlaista selkeää kehitystä. Terveydenhuollon tilastoissa 25 - 34 -vuotiaiden naisten osuus on 27 % potilaista ja yli 35-vuotiaiden 25 %. Yli 35 -vuotiaiden huumeongelmaisten naisten osuus on suhteellisesti huomattavasti suurempi terveydenhuollossa (32 %) kuin päihdehuollossa annettavan huumehoidon avo- tai laitoshoidon palveluissa (13 %). Sen sijaan alle 25 -vuotiaiden osalta suhde on päinvastainen. 25 - 34 -vuotiaiden osalta naisten osuudet ovat lähes samat sekä terveydenhuollon että huumehoidon palveluissa. Eroa terveydenhuollon ja päihdehuollon huumehoidon tiedoissa voidaan päihdetapauslaskennan lukujen perusteella selittää (vanhempien asiakkaiden) pitkäaikaisempien somaattisten haittojen hoidon painottumisella terveydenhuoltoon. (Stakesin hoitoilmoitusrekisteri, Nuorvala ym. 2004; Partanen A. ym. 2005)

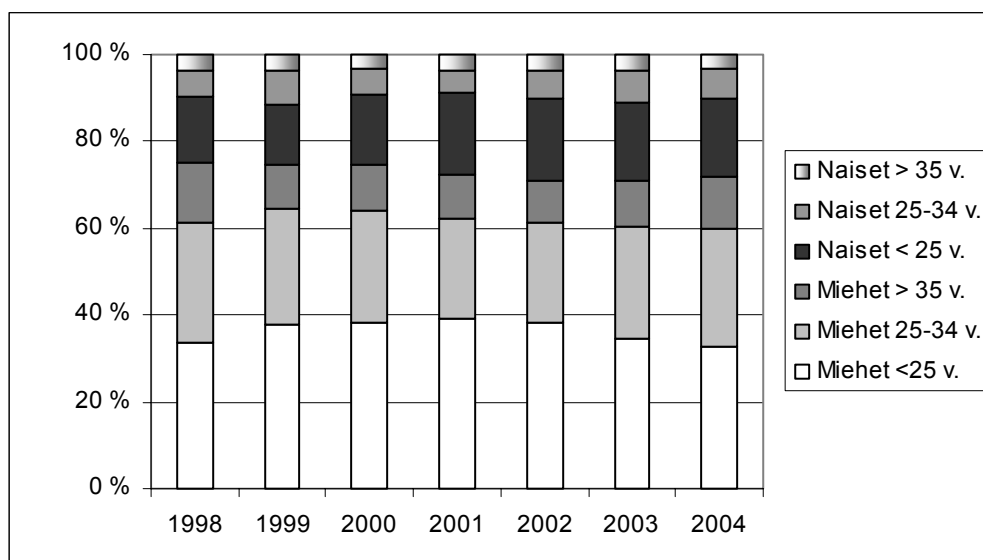
Kuvio 16. Terveydenhuollon vuodeosastolla huumesairauksien vuoksi hoidettujen potilaiden ikä- ja sukupuolijakauman kehitys 1996 - 2004



Huumeasiakkaat päihdehuollossa⁹⁰

Huumehoidossa naisten osuus on asiakaskunnasta 28 % ja uusista asiakkaista noin kolmannes. Naisten osuus huumehoidon asiakaskunnasta 2000-luvulla on lisääntynyt 15 - 24 -vuotiaiden osalta, mutta suurin ajallinen muutos hoidon naisasiakaskunnassa on tämän ikäluokan sisällä, 15 - 19 -vuotiaiden ja 20- 24 -vuotiaiden välillä. Järjestelmä ei mahdollista suoraa ajallista vertailua, sillä tiedonkeruu on vapaaehtoinen ja yksiköt vaihtuvat. Kuitenkin on huomattavaa, että vuonna 2000 edellisen ikäluokan osuus oli naisasiakkaista 33 % ja jälkimmäisen ikäluokan osuus oli 28 %, sen sijaan vuonna 2004 vastaavat osuudet olivat jo kääntyneet toisinpäin. Näin huumehoidon nuorimpien naisasiakkaiden osuus on alle 25-vuotiaiden ikäluokassa selvästi vähentynyt. Samanlaista yhdensuuntaista trendiä ei ole esiintynyt muissa ikäluokissa kummankaan sukupuolen osalta. (Huumeongelma Euroopan unionissa 2005, Kuussaari 2005)

Kuvio 17. Huumehoidon asiakaskunnan ikä- ja sukupuolijakauman kehitys 1998 - 2004

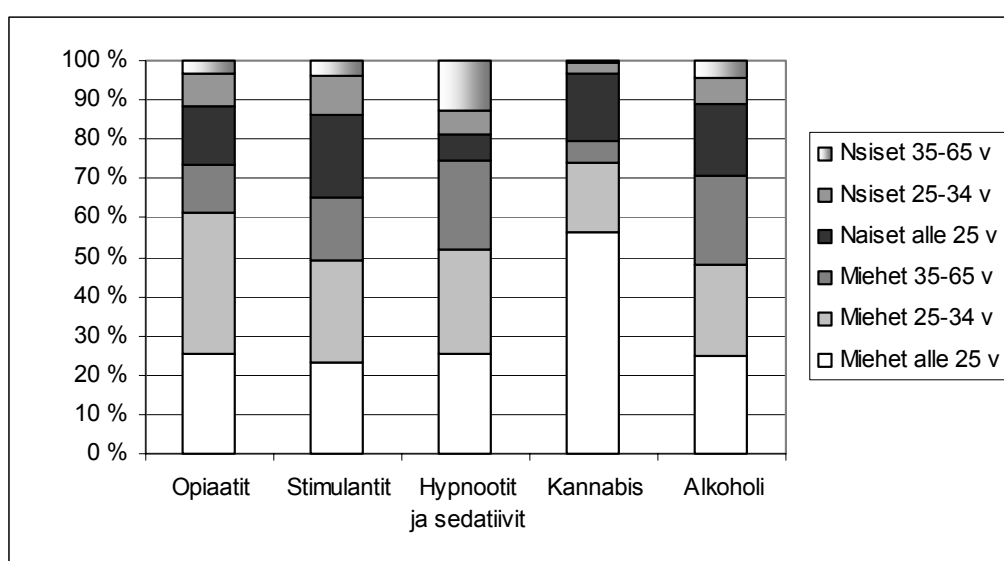


Aineiden osalta tilanne eroaa stimulanttien ja kannabiksen osalta. Naisten osalta stimulantteja pääpääpihteenään käyttävien suhteellinen osuus (31 %) on huomattavasti suurempi kuin miesten vastaava osuus (21 %). Tilanne on päinvastainen kannabiksen osalta, sillä sitä käyttää pääpääpihteenään naisista 11 % kun miesten osuus on 17 %. Naiset näyttävät aloittavan aineiden käytön ja pistämisen vajaan vuoden aiemmin kuin miehet ja säännöllisen käytön yli vuoden aiemmin. Selvimät erot ovat stimulanttien ja buprenorfiinin osalta. Naiset aloittavat stimulanttien käytön 18,0 -vuotiaina (miehet 18,6 -vuotiaina) ja säännöllisen käytön 20,2 -vuotiaina (miehet 22,2-

⁹⁰ Tämän kappaleen kuviot perustuvat huumehoidon tietojärjestelmän tuottamiin tuloksiin vuosilta 1998 - 2004

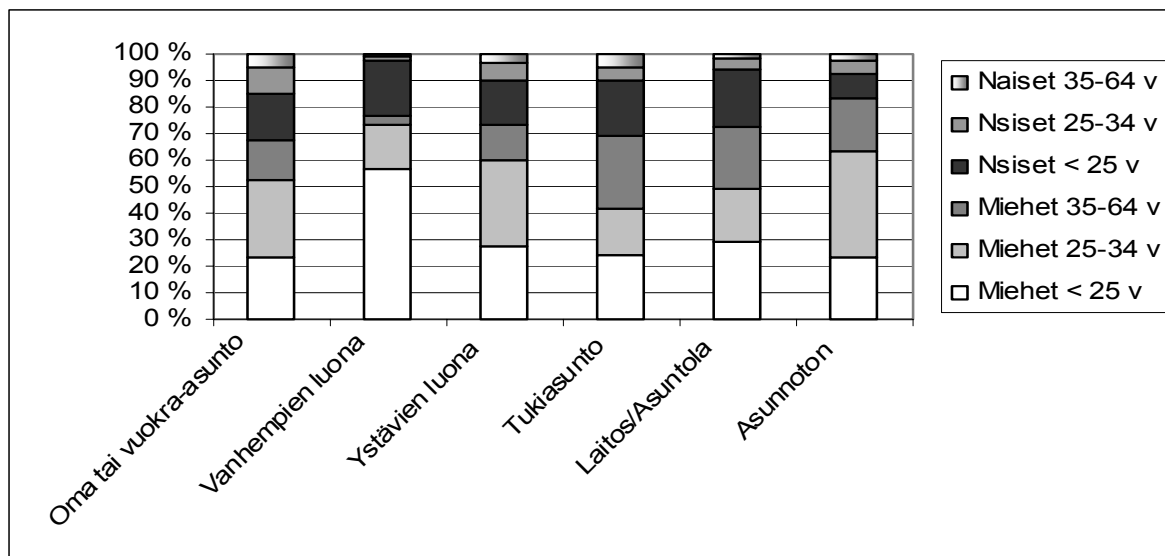
vuotiaina). Buprenorfiinin käytön naiset aloittavat 20 -vuotiaina (miehet 21,5 -vuotiaina) ja säännöllisen käytön 21,3 -vuotiaina (miehet 23,3 -vuotiaina). Pistämisen naiset aloittavat keskimäärin 18,6 -vuotiaina ja miehet 19,3 -vuotiaina. Näin naisten ongelmallinen päihteiden käyttö näyttäisi alkavan miehiä aiemmin, mikä on havaittavissa myös huumeiden kokeilujen tasolla. Kuitenkin naisten osuuden nopea lasku huumeiden kokeilujen ja käytön osalta näyttää ilmenevän myös huumehoidon asiakaskunnassa, sillä 25-ikävuodesta lähtien naisasiakkaiden osuus laskee selvästi nopeammin kuin miesasiakkaiden osuus. (Partanen A. ym. 2005)

Kuvio 18. Huumehoitoon hakeutuneiden ikä- ja sukupuolijakauma päähuumeen mukaan vuonna 2004



Huumehoidon asiakaskunnan sosiaalisessa asemassa suuria eroja miesten ja naisten välillä ei ole. Hoidon osalta selvästi suurempi osa naisista (tytöistä) kuin miehistä (pojista) ohjautuu hoitoon lastensuojelun kautta, mitä selittää osin naisen noin kolme vuotta alhaisempi keski-ikä (25,3 vuotta) verrattuna miehiin (28,1 vuotta). B-hepatiittirokotuksen on saanut hieman suurempi osa naisista (69 %) kuin miehistä (63 %). Naiset ovat selvästi miehiä useammin avo- tai avioliitossa (29 % / 19 %) ja he asuvat myös miehiä useammin omassa tai vuokra-asunnossa (66 % / 55 %). Naisilla on myös toinen päihdeongelmainen samassa taloudessa huomattavasti useammin (79 %) kuin miehillä (42 %). Perhesuhteilla näyttäisi näin olevan keskeisempi merkitys ongelmakäyttäjänaisillä kuin miehillä. Asunnottomia oli miehistä 13 % ja naisista 7 % (Kuussaari 2005)

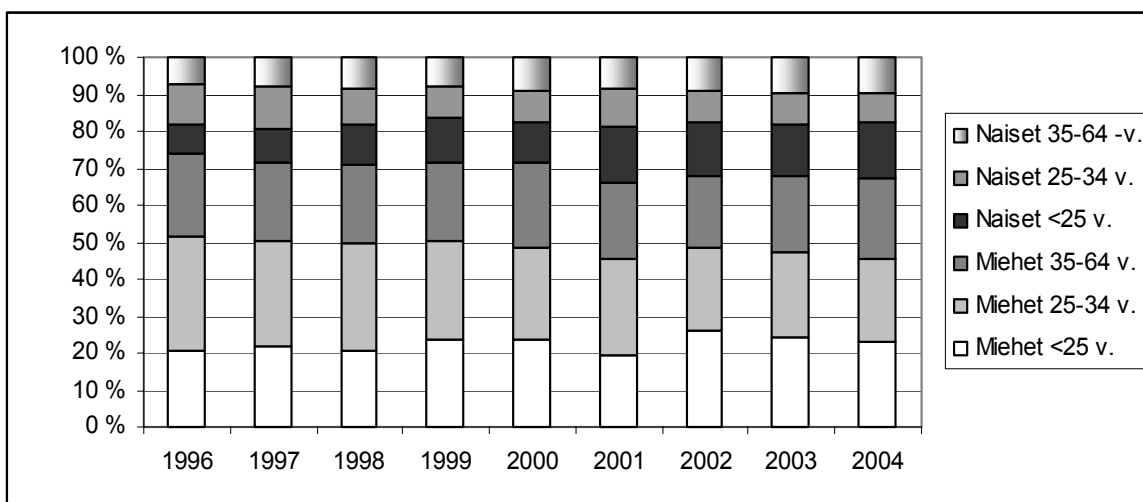
Kuvio 19. Huumehoitoon hakeutuneiden ikä- ja sukupuolijakauma asumismuodon mukaisesti vuonna 2004



Huumeisiin liittyvät tartuntataudit

Vuonna 2004 uusien, lähes pääasiassa huumeiden pistoskäytöstä johtuvien C-hepatiittitapausten osalta naisten osuus oli noin kolmannes. Vuodesta 1996 lähtien 15 - 24-vuotiaan ikäluokan osuus on kasvanut tartunnoista 30 prosentista 40 prosenttiin ja vastaavasti ikäluokan 25 - 34-vuotiaat osuus on vähentynyt 40 prosentista 30 prosenttiin. Tämän lisäksi nuorimmassa ikäluokassa naisten osuus noussut 29 prosentista 40 prosenttiin. Näin 15 - 24 -vuotiaiden naisten osuus kaikista C-hepatiittitapauksista on noussut 8,5 prosentista 15,5 prosenttiin, kun taas 25 - 34 -vuotiailla osuus on laskenut. Myös 25 - 34-vuotiaiden miesten osuus on laskenut. (Tartuntataudit Suomessa 2004)

Kuvio 20. C-hepatiittitartunnan saaneiden ikä- ja sukupuolijakauma kehitys 1996 - 2004



C-hepatiittirekisteriin ilmoitettujen, vuosittain todettujen uusien tartuntojen määrä on laskenut tasaisesti huippuvuoden 1997 jälkeen. Samanaikaisesti myös todettujen hepatiitti B- ja HIV-tartuntojen määrä on laskenut. Tulos vahventaa sen, että ruiskuhuumeisiin liittyvät virustartunnat ovat merkittävästi vähentyneet Suomessa koko 2000-luvun. Nuorimmassa ikäluokassa (15 - 24 -vuotiaat) tapauksia todetaan edelleen paljon. Kuitenkin vain nuorten 20 - 24-vuotiaiden naisten osalta C-hepatiittitartuntojen määrä on 2000-luvulla lisääntynyt. (Tartuntataudit Suomessa 2004) Vaikka naisten kasvava osuus nuorimmassa ikäluokassa näyttäisi osoittavan naisten huumeiden ongelmakäytön lisääntymistä, osuuden lasku seuraavassa ikäluokassa tukee tulkintaa naisten aikuistumisen voimakkaasta vaikutuksesta huumeiden käytön ja ongelmakäytön vähentymiseen. Sen sijaan naisten osuus hepatiittitapauksista 35 - 64 -vuotiailla on pysynyt koko tarkasteluajan samalla tasolla. Tämän voidaan arvioida heijastavan pitkän päihteiden käyttö- ja sekäkäyttöuran tehneiden henkilöiden, niin miesten kuin naisten, pistoskäyttökokeilujen vakiintumista nykytasolle päihteiden käyttöön liittyvien "kulttuuristen" tottumusten mukaan.

Huumeet ja rikollisuus

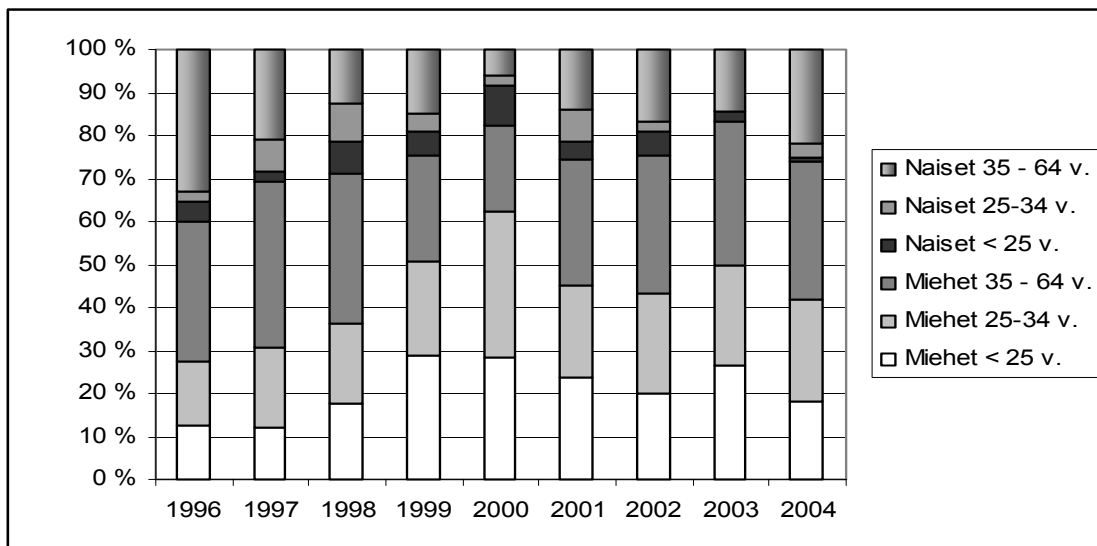
Naisten osuus huumausainerikoksista epäillyistä on vaihdellut eri vuosina. 1990-luvulla naisten suhteellinen osuus kaikista epäillyistä laski hieman, vaikka epäiltyjen absoluuttinen määrä kasvoi. . Huumausainerikollisuudessa kontrolli vaikuttaa keskeisesti rikosten ilmituloon. Tämä voi kertoa paitsi näitä rikoksia tehneiden sukupuolijakaumasta, myös siitä, että kontrolli kohdistui tällöin enemmän miehiin kuin naisiin. Vuonna 2004 huumausainerikoksista ja törkeistä huumausainerikoksista epäillyistä naisia oli 15 %. Kaikkiaan alle 21-vuotiaita oli noin joka viides huumausainerikoksesta epäillyistä ja 15 - 17-vuotiaita noin 5 %. Jälkimmäisistä ikäluokasta lähes joka neljäs oli tyttö. Muista ikäluokista huumarikollisten sukupuolijakaumasta ei ole tietoa, mutta esimerkiksi uusintarikollisuustilastot kertovat, että naisten uusintarikollisuusprosentti on lähes 15 prosenttiyksikköä alhaisempi kuin miesten. Näin naisten osuus todennäköisesti laskee iän myötä myös huumausainerikosten osalta. (Kainulainen 2005; Honkatukia 2005))

Huumekuolemat

Kuolemansyytilastojen huumekuolemat ovat vähentyneet selvästi vuosina 2000–2003. Vähentymistä on tapahtunut erityisesti alle 25 -vuotiaiden sekä 25 - 34 -vuotiaiden ikäluokissa. Sen sijaan vanhemmassa ikäluokassa ei ole muutosta tapahtunut. 2000-luvulla 15 -24 -vuotiaiden naisten

osuus on ollut suurimmillaan (9 %) vuonna 2000 ja 25 - 34-vuotiaiden osuus (8 %) vuonna 2001. Tämän jälkeen näiden kahden ikäluokan osuudet ovat laskeneet nopeasti. Sen sijaan vanhimman, 35 - 64 -vuotiaiden ikäluokan osuus on kasvanut 20 prosenttiin kaikista kuolemantapauksista. Vuonna 2004 huumekuolemien määrä kasvoi lähes 30 % mutta kehityssuunta jatkui edelleen ja samalla vanhimman ikäluokan osuus lähestyy 25 prosenttia. (Huohvanainen 2005)

Kuvio 21. Huumeisiin kuolleiden ikä- ja sukupuolijakauma vuosina 1998 - 2004



Kun rajataan tarkastelu vain myrkytyskuolemiin, suurin ikäryhmä ovat 25 - 34 -vuotiaat (30 tapausta vuonna 2004) ja sen jälkeen melko tasaisesti luokat alle 25 -vuotiaat (23 tapausta) ja yli 35 -vuotiaat (21 tapausta). Peruskuolemansyyn perusteella naisten osuus kuolemantapauksista on 9 %. Osuus on suurimmillaan (14 %) yli 35 -vuotiaiden ikäluokassa. (Vuori 2005) Vaikka luvut ovat pieniä ja tulkintoihin voi suhtautua varauksella satunnaisvaihtelujen vuoksi, huumeisiin liittyvien peruskuolemansyiden ja erityisesti myrkytyskuolemien välistä eroavuutta on mahdollista selittää sillä, että myrkytyskuolemat ovat yleensä tapaturmaisia kun taas peruskuolemansyyn perusteella huumekuolemiksi laskettuihin tapauksiin kuuluvat myös itsemurhat. Huumeisiin liittyvät myrkytyskuolemat kohdentuvat nuoriin ikäluokkiin kun taas vanhimmassa ikäluokassa korostuvat itsemurhat ja vanhimmassa ikäluokassa juuri naisten osuus on 55 % itsemurhista.

Yhteenveto

Sukupuolten välisiä eroja tarkasteltaessa on huomattava kolme keskeistä tekijää, jotka erottavat miehet naisista huumeiden käytön, ongelmakäytön ja haittojen osalta.

(1) Nuoret tytöt kokeilevat huumausaineita (ja alkoholia) vähintään yhtä laajasti, jopa laajemmin kuin pojat. Tämä selittyy tyttöjen ehkä hieman poikia vanhemmalla kaveripiirillä (vanhemmat poikakaverit), joissa on enemmän jo huumeita kokeilleita nuoria. Kuitenkin vielä 1990-luvun alkupuolella nuorista aikuisista miehet olivat kokeilleet kaksi kertaa useammin kannabista kuin naiset. Koska huumeiden käyttö aktivoitui vasta 1990-luvun puolen välin jälkeen, nuorten naisten aktiiviset kokeilut heijastuvat nykytilanteeseen joskus huumeita kokeilleiden naisten osuuden lisääntymisenä erityisesti 20–25-vuotiaiden ja sitä vanhempien osalta.

(2) Joskus kannabista kokeilleiden naisten osuus kasvoi huomattavasti vuodesta 1992 vuoteen 2004. Suurin osa kasvusta kohdistui nuorimpaan, alle 25-vuotiaiden ikäluokkaan, jossa sukupuolien väliset erot enää hyvin pienet. Myös 25 - 34-vuotiaiden naisten osalta kasvusuuntaus on ollut selvä. Sukupuolten väliset erot tulevat selvemmiiksi tarkasteltaessa viimeisen vuoden aikaista kannabiksen käyttöä. Naisten vuodenaikainen käyttötaso 25 - 34 -vuotiaiden ikäluokassa on vajaa kolmannes 15 - 24-vuotiaiden ikäluokan käyttötasosta. Toisaalta kokeilu- ja käyttötason on 25 - 34 -vuotiailla miehillä lähes neljä kertaa korkeampi kuin vastaavalla naisikäluokalla kun ero 15 - 24 -vuotiaiden ikäluokassa on vain 50 %. Myös huumehoidon asiakaskunnasta naisasiakkaiden osuus laskee 25-ikävuodesta lähtien selvästi nopeammin kuin miesasiakkaiden osuus. Tuloksia voi tulkita sukupuolten välisillä eroilla perhe-elämään kiinnittymisessä, mitä tukee esimerkiksi hoitoon hakeutuneiden 25 - 34-vuotiaiden naisten kiinteämpi asuminen, siviilisäätö ja perhetausta. Perheen perustamisikään tuleminen näyttäisi vähentävän naisten huumeiden käyttöä ja ongelmakäyttöä.

(3) Alkoholin käyttö on mahdollisesti myös yksi huumeiden käyttöä ja kokeiluja selittävä tekijä. Kannabiksen käyttäjien riski olla humalassa ainakin kerran kuukaudessa on vähintään kolminkertainen suhteessa niihin jotka eivät ole koskaan kokeilleet huumeita. Miesten riski alkoholin humalakäyttöön on kolminkertainen suhteessa naisiin. Sukupuolten väliset erot huumeiden käytön ja humalajuomisen välillä ovat hyvin samankaltaiset. Niiden miesten osuus, jotka ovat kokeilleet kannabista viimeisen kuukauden aikana on yli kaksinkertainen suhteessa naisten osuuteen ja ongelmakäyttäjien osalta ero on kolminkertainen. Eroja kuitenkin on. Naisten kannabiksen käyttö vähenee huomattavasti miehiä nopeammin iän myötä kun taas alkoholin käyttö ja humalakäyttö vähenee huomattavasti hitaammin. Siinä missä naisten kannabiksen käyttö vähenee nopeasti jo yli 25-vuotiailla, alkoholin käyttö ja humalakäyttö vähenevät vasta 35 -ikävuoden jälkeen.

Nämä teesit pätevätkin alle 35-vuotiaiden käyttäytymiseen. Sen sijaan vastaisia esimerkkejä saadaan naisten osuuksista sairaalahoidon, tartuntatautien että huumekuolemien osalta yli 35 -vuotiaiden ikäluokassa. Yksi mahdollinen selitys tulokselle on sen liittäminen pitkäaikaiseen alkoholin ja muiden päihteiden sekakäyttöön sekä vanhemman ikäluokan somaattisten ongelmien lisääntymiseen. Naisten osuus kaikista päihdeongelmaisista (mukaan lukien alkoholi ja psykotrooppiset lääkkeet) on viime vuosina kasvanut nopeasti ja on tällä hetkellä jo yli neljännes kaikista hoitoon hakeutuvista asiakkaista. Koko naisasiakaskunnasta kaksi kolmannesta on yli 35-vuotiaita. Juuri vanhempaa ikäluokkaa hoidetaan sairaaloissa. Tämä ehkä osiltaan selittää yli 35-vuotiaiden naisten huomattavan osuuden huumeisiin liittyvissä kuolemantapauksissa. Tartuntatautien osalta vähenemiskehitystä ei ole ollut yli 35-vuotiaiden ikäluokassa kummallakaan sukupuolella, mikä voi heijastaa pitkään eri päihteitä käyttäneiden henkilöiden satunnaisten huumeiden pistoskäyttökokeilujen seurauksia ja mahdollisesti kroonisten hepatiittitilöydösten paljastumista ikääntymisen ja normaalin sairaalahoidon yhteydessä.

12.2 Sukupuolten mukaan eriävät ja huumeiden käyttöä vähentävät interventiot

Edellä esitetyn tilannekatsauksen mukaan keskeiset sukupuolia erottavat tekijät ovat nuorten tyttöjen poikia jopa varhaisemmat huumeekokeilut, naisten huumeekokeilujen huomattavasti miehiä nopeampi väheneminen 25-ikävuoden jälkeen sekä kokonaisuudessaan miehiä huomattavasti alempi huumeiden käyttötaso, josta poikkeuksena voidaan arvioida olevan pisimmälle syrjäytyneet, vanhemmat päihteiden sekakäyttäjät. Näin sukupuolittain erityvien toimenpiteiden voidaan arvioida keskittyvän juuri näihin eroavuuksiin

Lapset ja nuoret

Lasten ja nuorten osalta ennalta ehkäisevä työ tapahtuu useimmiten koulussa. Tässä valistuksessa ei kuitenkaan ole käytössä erityisiä sukupuolisesti määräytyviä ohjelmia. Perusteena lienee se, ettei kokeilutasossa ole kuitenkaan ratkaisevaa eroa tässä ikäluokassa.

Toimitilojen ja toiminnan erotessa, esimerkiksi sukupuolittain eriytyneiden harrastusten osalta, myös valistuksen painopisteet muuttuvat, mutta tietoa sukupuolittain eriytyvistä toimintaohjelmista ei ole olemassa. Niissä harvoissa hankkeissa, jotka kohdentuvat huumeiden viihdekäyttöön, ei ole tietoa erilaisista ohjelmista eri sukupuolille.

Yksi sukupuolen mukaan eriytynyt toimintamuoto ovat ns. tyttötalot, jotka toimivat 10–28-vuotiaiden tyttöjen omana kohtaamispaikkana. Tyttöjen talon perustehtävänä on tukea tyttöjen ja nuorten naisten kasvua ja identiteettiä. Talolla järjestetään myös teemaryhmiä, kuten seksuaalista väkivaltaa kohdanneiden tyttöjen ryhmiä, yksinäisten tai masentuneiden tyttöjen ryhmiä, päihdeperheiden tyttöjen ryhmiä, seksuaalisella riskikäyttäytymisellä oireilevien tyttöjen ryhmiä ja nuorten äitien ryhmiä. (Tyttöjen talon esittely 2005)

Huumehoito

Sukupuolittain eriytettyjä hoito-ohjelmia esiintyy vain suurimmissa hoitoyksiköissä. Palvelut naisasiakkaille olisivat kuitenkin tärkeitä, sillä he ovat erityisen ongelmaisia miesvaltaisissa hoitopalveluissa ja joutuvat rahoittamaan vaikeimmissa tapauksissa prostituutiolla aineidensa hankintaa. Osana hoitotoimia on vertaisryhmätoiminta, jonka osana saattavat olla enemmän toimitiloiltaan eriytetyt palvelut sukupuolien mukaan. Kaikkiaan näitä ohjelmia on kuitenkin vähän ja useita naisia ja miehiä hoidetaan samojen hoitomenetelmien avulla - vaikka ehkä eri toimipisteissä. Vain naisiin kohdistetut hoitopalvelut liittyvät ensisijassa raskauteen, eli aikaan joka painottuu juuri naisten huumekekeilujen nopeaan vähenemisvaiheeseen. Nämä palvelut kohdistuvat sekä tulevien äitien hoitoon että heidän ja heidän lapsiensa tulevien terveyshaittojen vähentämiseen.

Neuvoloissa ehkäisevää päihdetyötä on kehitetty erityisesti alkoholin sikiöille aiheuttamien vaurioiden tultua laajempaan tietoon. Vaikka hoitopalveluja on kohdennettu raskaana oleville alkoholin ongelmakäyttäjille tai suurkuluttajanaisille, samalla myös muut päihteet, lääkkeet ja huumausaineet, ovat tulleet päihdetyön kohteeksi.

Yksi malli neuvolassa toteutettavasta huumetyöstä on käytössä Riihimäen kaupungin neuvolassa. Mallin mukaan raskaana oleville huumeita käyttävälle naisille kerrotaan mahdollisuudesta saada apua ja tukea syntyvän lapsen suojelemiseksi. Hoito-ohjelmassa pyritään siihen, että äiti kohtaa toimipisteessä asioidessaan aina saman terveydenhoitajan, lääkärin, päihdehuollon työntekijän ja sosiaalityöntekijän. Tarvittavat laboratorio- ja äitiyspoliklinikkakäynnit ohjelmoidaan tihennettyjen neuvolakäyntien tueksi. Mikäli äiti kieltäytyy yhteydenotoista, tehdään lain mukaan lastensuojeluilmoitus lapsen synnyttyä. Sairaalahoidossa lasta tarkkaillaan syntymän jälkeen viikon verran mahdollisten vieroitusoireiden vuoksi. Kotiutuksen jälkeen äitiysneuvolan työntekijä tekee perheeseen kotikäynnin. Perhe käy lastenneuvolassa alkuun tiheästi ja jatko määräytyy lapsen voinnin ja kehityksen sekä perheen tilanteen mukaan. (Koskivuori ym. 2004)

Toinen malli, joka on kohdentunut enemmän syrjäytyneisiin huumeita käyttäviin naisiin, on käytössä Tampereen yliopistollisen keskussairaalan vauvaperheprojektissa Potilaalla saattaa olla FAS tai FAE, koska hänen oma äitinsä on ollut päihteiden käyttäjä. Asiakkaan taloudellinen tilanne on useimmiten heikko, hän saattaa olla asunnoton ja kuviossa voi olla mukana niin rikollisuutta kuin prostituutiota. Hoidon alussa psykiatrian erikoislääkäri arvioi hoidon tarpeen tekemällä potilaalle päihdelääketieteellisen ja psykiatrisen tutkimuksen. Puolisolle tehdään tarvittaessa oma arviointi. Arviossa kaikki hoitovaihtoehdot käydään läpi, mukaan luettuna vieroittautuminen, ja mikäli potilas ei ole näihin motivoitunut tai arvioidaan ettei hän niihin kykene, aloitetaan buprenorfiinikorvaushoito. Oheiskäyttöä seurataan vähintään kahdesti kuukaudessa huumesuoloilla ja pistosjälkien tarkkailulla Moniammatillinen tiimi osallistuu arviointiin. Verkostokokouksia järjestetään raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen lapsen ensimmäisen ikävuoden ajan. Kokouksiin osallistuu muun muassa äitiyspoliklinikan, lasten tarkkailuosaston ja synnytysosaston työntekijöitä sekä potilaan läheisiä. Tapaamisissa suunnitellaan niin potilaan hoitoa, tukea, kuntoutusta kuin seurantaa. Potilaalle sovitaan jatkohoitopaikka, niille äideille ja perheille, joille se katsotaan tarpeelliseksi. Jatkoseurannasta voi vastata vaikkapa sosiaalitoimi tai matalan kynnyksen päihdehoitopaikka. (Sternge 2005)

Lisäksi on olemassa erillisiä turvakoteja naisille ja lapsille, joissa heitä tuetaan vanhemmuudessa ja elämänhallinnassa. Eräät perhekodit on tarkoitettu juuri päihdeongelmaisille perheille ja äideille toiset esimerkiksi väkivaltaa kotonaan kokeneille naisille. Toiminta painottuu raskausaikaan ja sen välittömään läheisyyteen. Äiti voi tulla ensikotiin odotusaikana tai pienen vauvan kanssa. Tarvittaessa myös isä voi asua ensikodissa. Ensikodissa tuetaan vauvan ja vanhemman hyvää suhdetta ja opetellaan arkielämästä ja vauvanhoidosta selviytymistä kädestä pitäen.

Terveydellisten ja sosiaalisten haittojen vähentäminen

Terveydellisten haittojen vähentäminen liittyy monessa tapauksessa hoitotyöhön ja hoitoprosessiin. Erityisiä terveyshaittojen vähentämispalveluja ovat esimerkiksi pistoskäyttäjien terveysneuvontapalvelut. Hoitopalvelut kuten myös terveysneuvontapalvelut on pääasiassa tarkoitettu sekä miehille ja naisille ja erot liittyvät lähinnä yksittäisiin toimipisteisiin ei niinkään erilaisiin toimintaohjelmiin tai hoitotyön menetelmiin. Sukupuolen mukaan eriytyneitä palveluja on kuitenkin olemassa seksityöntekijöille, enimmäkseen naisprostituoiduille, mutta palvelusisältö ei ole tällöin erityisen huumespesifi. Eräissä tapauksissa palvelutarjontaan kuuluu myös etsivä työ.

Myös sosiaalisten haittojen vähentäminen on usein osa hoitopalveluja ja suunnattu ensisijassa hoidon jälkeiseen yhteiskuntaan integrointiin. Nämä palvelut ovat yleensä samoja miehille ja naisille ja usein jopa samoja eri tavalla yhteiskunnasta syrjäytyneille tai syrjäytymiskehityksessä oleville. Kuitenkin tarjolla on myös eriytyneitä palveluja eri sukupuolille, yleensä tämä tarkoittaa naisille. Palvelut kohdistuvat sosiaaliseen kuntoutukseen, erilaiset työpajat miehille ja naisille, naisten asumisyksiköt sekä hoitokodit ja asunnottomien naisten tukipiste. Näitä palveluja on olemassa, mutta vain satunnaisesti yleisen palveluverkoston reuna-alueilla, ja niiden saatavuus on rajallinen. Esimerkiksi Helsingissä sijaitsevassa asunnottomien naisten tukipisteessä (Salli) kehitetään ja kokeillaan uudentyyppisiä sosiaalityön malleja ja työmuotoja. Niiden avulla halutaan tavoittaa uusia asunnottomien ryhmiä, kuten korvaus- tai ylläpito-hoidossa olevia huumeidenkäyttäjiä ja raskaana olevia naisia. Salli tarjoaa naisille kokonaisvaltaista tukea, mahdollisuuden keskustella ja hoitaa asioita. Tukipisteessä voi peseytyä, huoltaa vaatteita, laittaa ruokaa ja levätä. (Asunnottomien naisten tukipisteen esittely 2005)

Syrjäytymiskehityksen eräänlaisena viimesijaisena palvelumuotona ovat palvelut osana rikosoikeusjärjestelmää. Poliisin järjestämä hoitoonohjaus on sama tytöille ja pojille sekä miehille että naisille. Sen sijaan vankiloissa palvelut ovat eriytyneet jälleen kerran johtuen eri toimipisteistä (naisvankilat). Kuitenkaan menetelmällisiä eroja palveluissa ei ole, poikkeuksena vankilassa oleville huumeiden käyttäjä-äideille mahdollisesti annettavat erityispalvelut.

13 Huumausainestrategiat - käsittelevät myös laillisia huumeita?

Huumausainepoliittinen toimintaohjelma on sovitettu yhteen sosiaalialan kehittämishankkeen, sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman (TATO), poliisin ja tullin huumausainestrategioiden sekä poliisi-, tulli- ja rajavartiolaitosten vakavan rikollisuuden torjuntastrategian kanssa. Lisäksi toimenpideohjelmaa on valmisteltu yhdessä alkoholiohjelman sekä hallitusohjelman mukaisen sisäisen turvallisuuden ohjelman valmistelun kanssa. Ainekohtaiset perustavoitteet löytyvät esimerkiksi kansanterveysohjelmasta: "Nuorten tupakointi vähenee siten, että 16–18-vuotiaista alle 15 % tupakoi; nuorten alkoholin ja huumeiden käyttöön liittyvät terveysongelmat kyetään hoitamaan asiantuntevasti eivätkä ne ole yleisempiä kuin 1990-luvun alussa."

13.1. Eri aineet huumestrategioissa

Huumausainepoliittisessa toimintaohjelmassa 2004 - 2007 huumausainepoliitikasta ei ole suoraan alkoholiin viittaavia osia kuin yksi: Nuorten "työpajatoiminta pyritään vakinaistamaan hallituskauden aikana ja sitä kehitetään osana alueellisten työpalvelukeskusten perustamista. Näillä toimintamuodoilla voidaan myös tukea ja kuntouttaa alkoholi- tai huumeongelmista kärsiviä nuoria yhteistyössä paikallisen päihdehuollon kanssa."

Suorat viittaukset tupakkaan ovat myös vähäiset: "Opetushallitus laatii yhteistyössä Stakesin kanssa opetussuunnitelman perusteisiin kirjattavat oppilas- ja opiskelijahuollon tavoitteet ja keskeiset periaatteet kaikille koulutusasteille aikuiskoulutusta lukuun ottamatta. Näihin tavoitteisiin kuuluu myös tupakoinnin ja päihteiden käytön ehkäisy".

Doping-aineita ei huumausainepoliittisessa toimintaohjelmassa mainita lainkaan.

Suomessa kuitenkin alkoholin, lääkkeiden ja huumausaineiden väärinkäyttö nähdään yhtenä kokonaisuutena, johon viitataan termillä päihteet. Tähän ainevalikoimaan lasketaan varsinkin nuoria koskevan ehkäisevän työn osalta myös tupakka, mutta ainevalikoimaan eivät kuulu doping-aineet. Eräs syy tähän painotukseen on hallinnonvälinen työnjako, jossa huumausaineita, alkoholia ja tupakkaa koskevia strategioita koordinoi sosiaali- ja terveysministeriö, sen sijaan doping-ainekysymyksiä koordinoidaan opetusministeriön hallinnonalalla.

Valtiollisen tason ohjelmia on olemassa alkoholin ja huumausaineiden osalta - muiden aineiden osalta ohjelmat painottuvat paikallisiin ohjelmiin tai järjestöjen tai yksityisten organisaatioiden ohjelmiin.

Huumausaineet ja alkoholi - ohjelmien yhteiset tavoitteet

Huumausaine- ja alkoholiohjelmissa (2004 - 2007) on hyvin vähän suoria ainekohtaisia viittauksia. Sen sijaan viittaukset yleisempään ilmiöön, päihteiden käyttöön, ongelmakäyttöön, haittoihin, ja niiden vastaisiin toimiin ovat hyvin yleisiä molempien ohjelmien keskeisten tavoitteiden osalta. Tavoitteiden toteuttamisen keinoissa viittaukset ovat vielä yleisimpiä.

Huumausainepoliittinen toimintaohjelma ja päihteet

Huumausainepoliittisessa toimintaohjelmassa 2004 - 2007 (2004) esitetyissä tavoitteissa olivat seuraavat suorat viittaukset päihteisiin, jotka kattavat koko huumetyön alueen aina ehkäisevästä työstä hoitoon ja rikosoikeusjärjestelmän hyödyntämisessä vankien hoidossa:

1. Vahvistetaan moniammatillista yhteistyötä sekä huumausaineiden ja muiden päihteiden käytön ehkäisyä oppilas- ja opiskelijahuollossa.
2. Kehitetään uusia ehkäisevän päihdetyön menetelmiä ja vahvistetaan paikallistason viranomaisyhteistyötä ehkäisevässä huumetyössä. Huumeongelmista kärsivät ja syrjäytymisvaarassa olevat nuoret tavoitetaan paremmin, ehkäisevän päihdetyön systemaattisuus sekä asema vahvistuvat ja nuorten päihteiden käyttö vähenee.
3. Huumeongelmaisten saatavilla on laadukkaita ja monipuolisia päihdepalveluja.
4. Vapausrangaistuksen suorittamiseen käytettävää aikaa käytetään nykyistä tehokkaammin päihdehoitotoimenpiteiden käynnistämiseen ja hoitomotivaation herättämiseen. Vankeustuomioita vankilan ulkopuolisissa päihdehuollon yksiköissä suorittavien vankien määrä kasvaa ja vapautuvien vankien kuntoutus tehostuu.

Alkoholiohjelma ja päihteet

Alkoholiohjelman 2004 - 2007 (2004) tavoite- ja toimintalinjauksissa ei ole suoria viittauksia huumeisiin, sen sijaan käytännön toimien osalta niitä löytyy monia. Yhteyksiä huumausaineisiin löytyy kuitenkin epäsuorasti molemmille ohjelmille yhteisen päihde-käsitteen välityksellä. Seuraavassa on tarkasteltu rinnakkain kummankin ohjelman linjauksia lähtien alkoholiohjelmassa esiintyvistä alkoholipolitiikan päälinjauksista. Näitä on verrattu huumausainepoliittisen toimintaohjelman tavoitteisiin. On myös huomattava, että usein ehkäisevän huumetyön tai huumehoidon palvelut luetaan implisiittisesti osaksi yleisiä hyvinvointipalveluja. Näiden osalta yhteneväisyyksiä on vielä enemmän, mutta tässä yhteydessä ohjelmien tavoitteita verrataan rajatusti päihdekäsitteen yhteydessä.

Taulukko 9. Vertailussa kansallinen alkoholiohjelma ja huumausainepoliittinen periaatepäätös

Alkoholiohjelma 2004 - 2007	Huumausainepoliittinen toimintaohjelma 2004 - 2007
Valtakunnallinen taso	
<p>Alkoholin aiheuttamia haittoja lasten ja perheiden hyvinvoinnille vähennetään merkittävästi.</p> <ul style="list-style-type: none"> * Ihmisten ja lähiyhteisöjen tukeminen on luontevinta paikallisen tason ehkäisevällä päihdetyöllä ja sosiaali- ja terveydenhuollon, opetuksen, liikunnan ja kulttuurin palvelujen kautta. * Kuntien, liikunta- ja muiden järjestöjen päihdestrategioiden sekä alkoholinkäytölle vaihtoehtoisen toiminnan kehittäminen. * Lain säännökset kaipaavat tuekseen esimerkiksi laaja-alaista nuorten päihdetyötä tai liikenneturvallisuustyötä. * Laaja-alainen ehkäisevä päihdetyö kattaa alkoholin lisäksi myös muut päihteet. 	<ul style="list-style-type: none"> * Vahvistetaan lasten ja nuorten huumausaineiden ja muiden päihteiden käytön ehkäisyä yhdessä oppilashuollon ja muiden päihdetyötä tekevien viranomaisten kanssa. * Otetaan käyttöön uusia, erityisryhmille suunnattuja menetelmiä ehkäisevässä päihdetyössä. * Huumeongelmista kärsivät ja syrjäytymisvaarassa olevat nuoret tavoitetaan paremmin, ehkäisevän päihdetyön systemaattisuus sekä asema vahvistuvat ja nuorten päihteiden käyttö vähenee.
<p>Alkoholijuomien riskikäyttöä ja siitä aiheutuvia haittoja vähennetään merkittävästi.</p> <ul style="list-style-type: none"> * Päihdehaittoja voidaan ja tulee ehkäistä hyvinvointia edistävän yhteiskuntapolitiikan keinoin. * Päihdeongelmien hoitopalveluiden ja päihdeongelmaisia tukevien muiden palveluiden kattavuuden ja saatavuuden turvaaminen. * Sosiaali- ja terveysalan järjestöt ovat kehittäneet <i>järjestöjen päihdeohjelman vuosille 2004–2006</i>, jonka tavoitteiden ja toimintalinjojen mukaisesti ne osallistuvat alkoholiohjelmaan liittyvään yhteistyöhön. 	<ul style="list-style-type: none"> * Huumeongelmaisten saatavilla on laadukkaita ja monipuolisia päihdepalveluja. * Vapausrangaistuksen suorittamiseen käytettävää aikaa käytetään nykyistä tehokkaammin päihdehoitotoimenpiteiden käynnistämiseen ja hoitomotivaation herättämiseen. * Vankeustuomioita vankilan ulkopuolisissa päihdehuollon yksiköissä suorittavien vankien määrä kasvaa ja vapautuvien vankien kuntoutus tehostuu.
Paikallinen taso	
<p>Strategia ja hallinto</p> <ul style="list-style-type: none"> * Kunnissa laaditaan tai päivitetään alkoholiasiat sisältävä päihdestrategia osana kuntien hyvinvointiohjelmaa. * Ehkäisevän päihdetyön yhdyshenkilö, päihdetyötä kokonaisuutena tarkasteleva poikkihallinnollinen työryhmä ja paikallinen päihdestrategia muodostavat ehkäisevän päihdetyön koordinoinnin perusrakenteet kunnassa. 	<ul style="list-style-type: none"> * Kehitetään uusia ehkäisevän päihdetyön menetelmiä ja vahvistetaan paikallistason viranomaisyhteistyötä ehkäisevässä huumetyössä. * Vahvistetaan ehkäisevän päihdetyön yhdyshenkilöiden asemaa päihdetyön koordinaattoreina.
<p>Ehkäisevä päihdetyö</p> <ul style="list-style-type: none"> * Tavoitteena on kuntien, liikunta- ja muiden järjestöjen päihdestrategioiden sekä alkoholinkäytölle vaihtoehtoisen toiminnan kehittäminen. * Ehkäisevän päihdetyön suunnittelu ja ohjaus toteutetaan kunnissa osana hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kokonaisuutta. * Ehkäisevän päihdetyön yhdyshenkilöille varataan kunnissa riittävät toimintaedellytykset. * Kunnissa edistetään lapsille ja lapsiperheille tarkoitettujen tilojen ja tapahtumien päihteettömyyttä. 	<ul style="list-style-type: none"> * Vahvistetaan moniammatillista yhteistyötä sekä huumausaineiden ja muiden päihteiden käytön ehkäisyä oppilas- ja opiskelijahuollossa.

Päihdepalvelut	
* Kunnissa kehitetään alkoholiongelmaisten hoitoa päihdehuoltolain ja päihdepalveluiden laatusuositusten mukaisesti tavoitteena riittävä ja oikea-aikainen hoito.	* Huumeongelmaisten saatavilla on laadukkaita ja monipuolisia päihdepalveluja. Sekä lääketeettömien hoitojen että korvaushoidon saatavuus paranee ja hoitoon pääsyn esteet vähenevät.

Kuten huumaussaineohjelmakin osalta, suorat viittaukset tupakkaan ovat vähäisiä. Tupakan osalta Alkoholiohjelmassa on vain yksi viite, jossa tavoite "Alkoholijuomien kokonaiskulutus käännetään laskuun" liitetään "työikäisten alkoholin ja tupakan käytön vähentämiseen". Mutta päihde-käsitteen kautta myös tupakka tulee mukaan molempiin ohjelmiin - erityisesti nuoria koskevan ehkäisevän työn välityksellä.

13.2. Huumaussaine- ja alkoholiohjelmien historia

Suomen ensimmäinen huumaussainestrategia valmistui vuonna 1997. Sen perusteella laadittiin vuonna 1998 valtioneuvoston periaatepäätös huumaussainepolitiikasta (1998). Se perustuu yleisiin yhteiskuntapoliittisiin toimiin, kansalliseen lainsäädäntöön ja kansainvälisiin sopimuksiin. Huumaussainepolitiikan tavoitteena on huumaussaineiden maahantuonnin, levittämisen ja käytön ehkäiseminen sekä käytöstä aiheutuvien yksilöllisten, sosiaalisten ja taloudellisten haittojen vähentäminen. Tavoitteeseen pyritään huumaussaineiden kokonaiskieltoon perustuvaa huumaussainekontrollia tehostamalla, huumaussaineiden kokeilua ja käyttöä ennaltaehkäisevillä toimilla sekä järjestämällä riittävästi hoitomahdollisuuksia ja helpottamalla hoitoon hakeutumista.

Lisäksi Suomi soveltaa huumaussainepolitiikkaansa Yhdistyneiden Kansakuntien yleiskokouksen huumaussaineita käsittelevässä erityisistunnossa vuonna 1998 asetettuja tavoitteita, Euroopan unionin huumaussainestrategiaa ja toimintasuunnitelmaa (2000 - 2004), Euroopan unionin ulko- ja turvallisuuspolitiikassa hyväksytyjä suuntaviivoja sekä Euroopan neuvoston Pompidou-ryhmän toimenpideohjelman tavoitteita.

Vaikeutuneen huumaussainetilanteen johdosta valtioneuvosto teki 5.10.2000 periaatepäätöksen tehostaa huumaussainepolitiikkaa (2000). Toimenpideohjelmaa toteutettiin huumaussaineasioista vastaavissa ministeriöissä vuosina 2001 - 2003. Ohjelman toimenpiteet liittyvät huumaussaineiden käytön ennaltaehkäisyyn ja varhaiseen puuttumiseen, huumaussaineiden käyttäjien hoitoon ja heidän läheistensä tukemiseen, huumaussainehaittojen vähentämiseen, valvontatoimiin, kansainväliseen

yhteistyöhön, tutkimukseen ja seurantaan sekä huumausainepolitiikan yhteensovittamiseen, toteuttamiseen ja kehittämiseen.

Ensimmäinen alkoholiohjelma tehtiin ennen huumausainestrategiaa. Maailman terveysjärjestön (WHO) Euroopan aluetoimiston ensimmäinen alkoholiohjelma tehtiin vuosiksi 1992–1999. Toinen alkoholiohjelma jatkuu vuoteen 2005. Kumpikin ohjelma on antanut vaikutteita Suomen alkoholiohjelmiin. Vuodesta 1995 STM on ollut päävastuussa alkoholipolitiikan suunnittelusta ilman entisen Alkoholiyhtiön keskeistä roolia suunnittelussa. Ministeriön alainen Päihde- ja raittiusasiain neuvottelukunta on laatinut kaksi kansallista alkoholiohjelmaa, alkoholiohjelma vuosille 1997–2000 (1997) ja alkoholiohjelma 2000-luvulle (2000) käyttäen WHO:n Euroopan aluetoimiston alkoholiohjelmia esikuvinaan. Näistä ensimmäinen laadittiin vuosille 1997–2000 ja toinen vuosille 2001–2003. Alkoholiasioden painoarvo on kuitenkin vähentynyt niin WHO:n päämajassa kuin Euroopan aluetoimistossakin eikä Euroopan alkoholiohjelman jatkosta vuoden 2005 jälkeen ole täyttä varmuutta.

Lainsäädännössä ilmentyvät korostetusti ohjelmien väliset painotuserot. Huumausainelaki kohdistuu selkeästi yleiskieltoon, sen täsmentämiseen ja siinä mahdollisesti tehtäviin poikkeuksiin. Muista toimista laki viittaa huumausaineita ja päihteitä sivuavaan lainsäädäntöön. Lakia täydentävät korvaushoitoa ja osittain pistosvälineiden vaihtoa koskeva lainsäädäntö. Sen sijaan Alkoholilain ensimmäisessä pykälässä sanotaan, että lain tarkoituksena on alkoholin kulutusta ohjaamalla ehkäistä alkoholipitoisista aineista aiheutuvia yhteiskunnallisia, sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja. Mutta käyttöön ei esitetä kokonaiskieltoa, vaan sitä rajoitetaan erityissäännöin. Vastaavasti tupakkalaissa on maininta, että sosiaali- ja terveysministeriön tulee huolehtiessaan valistustoiminnan järjestämisestä sekä terveyskasvatusohjelmien ja muun aineiston tuottamisesta tupakoinnin vähentämiseksi käyttää hyväksi erityisesti opetushallituksen, kuntien keskusjärjestöjen sekä alan kansalaisjärjestöjen asiantuntemusta ja tuottamia palveluksia. Eikä tupakkaan osalta käyttöön esitetä kokonaiskieltoa, vaan sitä rajoitetaan erityissäännöin. Sekä alkoholi- että tupakkalakia koskevat lisäksi raittiuslaki, päihdehuoltolaki, rikoslaki, joihin huumausainelaki myös viittaa.

Näin huumausaineohjelma (ja lainsäädäntö) on alkoholiohjelmaa kontrollipainotteisempi, spesifioi tarkemmin erilaiset hoidon ja haittojen vähentämisen menetelmät sekä esittää tavoitteekseen kontrollin ja hoidon välisten siltojen madaltamisen. Lisäksi huumausaineohjelma on selvästi alkoholiohjelmaa tiukemmin sidottu kansainvälisiin sopimuksiin ja ohjelmiin.

13.3. Hallinnonalojen yhteistyö ohjelmien valmistelussa ja koordinaatiossa

Hallinnonalojen välinen yhteistyö nykyisissä organisaatorakenteissa tai meneillään olevissa kehittämishankkeissa vaihtelee alkoholin, huumausaineiden, tupakan ja doping-aineiden osalta.

Taulukko 10. Alkoholi-, huume-, tupakka- ja dopinghallinnon järjestelmät

Aineet/Ohjelmat	Koordinaatio	osallistujatahot
Huumausainepoliittinen toimintaohjelma 2004 -2007	Sosiaali- ja terveysministeriö	
- koordinaatiorymä		Sosiaali- ja terveysministeriö Sisäasiainministeriö Opetusministeriö Ulkoasiainministeriö Sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimus ja kehittämiskeskus Kansanterveyslaitos Valtakunnansyyttäjänvirasto Tullihallitus
- lainsäädännön (2006) valmistelutyöryhmä		Sosiaali- ja terveysministeriö Oikeusministeriö Valtiovarainministeriö Kansanterveyslaitos Lääkelaitos Tullihallitus Keskusrikospoliisi
Alkoholiohjelma 2004 - 2007	Sosiaali- ja terveysministeriö	Alkoholiohjelma 2004 - 2007
- ohjausryhmä (valtakunnallinen)		Sosiaali- ja terveysministeriö Liikenne- ja viestintäministeriö Oikeusministeriö Opetusministeriö Sisäasiainministeriö Valtiovarainministeriö Kansanterveyslaitos Sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimus- ja kehittämiskeskus Sosiaali- ja terveydenhuollon tuotevalvontakeskus Työterveyslaitos Pohjoismainen päihdetutkimuslautakunta Suomen kuntaliitto Palvelualojen ammattiliitto Suomen hotelli- ja ravintolaliitto Terveyden edistämisen keskus
- koordinaatioryhmä (paikallishankkeet)		Sosiaali- ja terveysministeriö Kansanterveyslaitos Sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimus ja kehittämiskeskus Työterveyslaitos Alko Oy Terveyden edistämisen keskus Lääninhallitukset (6) Tampereen kaupunki (yli 200 000 asukasta) Virolahden kunta (alle 5 000 asukasta)

Tupakka	Sosiaali- ja terveysministeriö	
- tupakkalain valvonta		Sosiaali- ja terveysministeriö Sosiaali- ja terveydenhuollon tuotevalvontakeskus Lääninhallitukset Kunnat Työsuojelupiirit Tulli Yritysten oma valvonta
Doping-aineet	Opetusministeriö (lainsäädäntö: oikeusministeriö)	
- <i>Anti-Doping komitea</i>		Suomen Olympiakomitea Opetusministeriö Suomen Liikunta ja Urheilu ry. Suomen Urheilulääkäriyhdistys ry.

Taulukon mukaan sosiaali- ja terveysministeriö koordinoi huumausaine-, alkoholi- ja tupakkapolitiikkaa. Kuitenkin huumausainepolitiikkaa koordinoi kansallinen huumausaineyhteistyöryhmä, joka on irrallaan alkoholi- ja tupakkapolitiikan koordinaattorakenteista. Ehkäisevän työn ja hoidon osalta vastuutahot (pois lukien doping-aineet) ovat samankaltaiset. Sen sijaan valvonnan osalta vastuuketjut ovat erilaiset. Huumausaineisiin liittyviä toimia johtavat sosiaali- ja terveysministeriön rinnalla lääkelaitos (tuonti yms. luvat), ja tasavahvuisesti sisäasiainministeriön poliisiosasto, oikeusministeriön vankeinhoitolaitos ja tullit. Alkoholin osalta vastuutahot ovat sosiaali- ja terveysministeriön rinnalla sosiaali- ja terveydenhuollon tuotevalvontakeskus, lääninhallitukset, kunnat ja ravintolat sekä vastaavasti sisäasiainministeriön poliisiosasto ja sen ohella valtiovarainministeriö (verotus ja tullit). Myös tupakan osalta valvontaketju on alkoholin kanssa yhdensuuntainen. Alkoholiin ja tupakkaan liittyvä valvonta on huomattavasti moniportaisempi, keskittyy laillisen käytön valvontaan, painottuu omavalvontaan ja ulottuu laajemmin paikallistasolle.

Huumeet ja Alkoholi - haittakustannukset ja ohjelmien rahoitus

Huumausaineohjelman rahoitukseen ei osoitettu erillistä rahoitusta vuosiksi 2004 -2007. Hallinnonalojen yleiskulut huumeasioiden hoitoon (vakavan huumerikollisuuden torjunta, terveyden edistäminen, tullilaitoksen toimintamenot jne.) on kuitenkin arvioitu useiksi kymmeniksi miljooniksi euroiksi. Huumausaineohjelman osana huumausainehoitopalvelut saivat erityisrahoitusta noin 15 miljoonaa euroa vuosina 2002 - 2003. Valtion vuoden 2003 lisätalousarviossa osoitettiin kertaluonteisena eränä miljoona euroa alkoholiohjelman toimeenpanoon vuosina 2003–2005. Summa on suunniteltu käytettäväksi alkoholiohjelman

kumppaneiden toimintaa tukevan aineiston hankkimiseen ja tuottamiseen, valtakunnallisten ja alueellisten tilaisuuksien järjestämiseen sekä koordinaatiokuluihin. Tästä summasta ei jaeta toiminta-avustuksia. Kuitenkin hallinnonalojen yleiskustannukset alkoholin osalta arvioidaan moninkertaisiksi huumeainekustannuksiin verrattuna.

14. Huumeiden käyttö vapaa-ajanvieton yhteydessä

Huumeiden viihdekäyttö on suhteellisen uusi käsite suomalaisessa julkisessa keskustelussa ja se on liittynyt uuteen juhlimis- ja teknokulttuuriin. Kulttuuri levisi Suomeen melko hitaasti muihin Länsi-Euroopan maihin verrattuna. Teknokulttuuri oli ensialkuun pienen joukon suosiossa mutta alkoi saavuttaa 1990-luvun puolivälissä yhä suurempaa suosiota myös muiden nuorten ja nuorten aikuisten keskuudessa. Uusi juhlimiskulttuuri siirtyi tavallisiin alkoholia tarjoileviin ravintoloihin, yökerhoihin ja diskoihin, joissa alettiin soittaa teknomusiikkia ja samalla siihen alkoi tulla mukaan suomalaiselle alkoholikulttuurille tyypillisiä piirteitä, kuten humalahakuisuutta juomista. Suomessa yö- ja ravintolaelämä ei kuitenkaan ole jakautunut selkeästi vain yhteen musiikkityyliin keskittyviin klubeihin, tanssipaikkoihin tai baareihin. Näin huumeiden viihdekäyttöä ei voida tarkastella enää osana teknokulttuuria, vaan nuorisokulttuuriin kuuluvana laajempana virtauksena. Koska viihdekäyttöä on Suomessa yritetty ehkäistä ensisijaisesti rikosoikeudellisilla toimenpiteillä, valvomalla julkisia tiloja ja etenkin nuorten suosimia musiikkifestivaaleja, huumeiden käyttö on samalla siirtynyt yksityisiin tiloihin

Viihdekäytön osalta "tavanomaisen" huumevalistuksen ei ole todettu vastaavan viihdekäyttäjien omaa näkemystä huumeiden käytöstään. Siksi tilalle on ehdotettu ns. kaksisuuntaista valistusta, jossa ei pyritä täydelliseen huumeettomuuteen, vaan vähentämään käyttöön liittyviä riskejä ja haittoja. Kuitenkin huumehoidon ja haittojen vähentämisen toimet on suunnattu ensisijassa huumeiden ongelmakäyttäjille, joina huumeiden viihdekäyttäjät eivät itseään pidä. Viihdekäyttäjille suunnatuiksi hoitotoimiksi voisivat monesti riittää omaan huumeidenkäyttöön liittyvät keskustelut asiantuntijan kanssa. Internetistä onkin muodostunut tärkeä ajatustenvaihtokanava ja keskusteluareena huumeiden viihdekäyttäjien keskuudessa, ja tämä on tiedostettu myös ehkäisevässä päihdetyössä, hoidossa sekä myös haittojen vähentämisen toimissa.

14.1. Huumeiden viihdekäytön määrittely

Suomalaisessa huume keskustelussa huumeiden viihdekäyttö on uusi käsite. Huumeiden kokeilukäytön ja ongelmakäytön rinnalla alettiin puhua viihdekäytöstä yleisesti vasta 2000-luvun alkupuolella. Viihdekäytön käsitteen tuomista julkiseen keskusteluun ei hyväksytty varauksettomasti. Mm. valtakunnan pääsanomalehti Helsingin Sanomat luonnehti pääkirjoituksessaan huumeiden viihdekäytöstä puhumista ”kevytmieliseksi” (Huumeiden viihdekäytöstä... 2003). Viihdekäytön käsitettä arvostelivat julkisuudessa myös poliisi, jotkut poliitikot ja huumetyötä tekevät kansalaisjärjestöt (ks. Ehkäisevän... 2005, 10–11). Viihdekäytöstä puhumista pidettiin vaarallisena, koska se antoi huumeiden käytöstä liian myönteisen ja vaarattoman kuvan. Se oli myös ristiriidassa virallisen huume politiikan tavoitteiden kanssa ja huume politiittisesti epäkorrekti ja ei-hyväksyttävä ilmaisu, koska suomalainen huume politiikka lähtee siitä, että kaikki huumeiden käyttö on automaattisesti aina myös väärinkäyttöä.

Huumeiden viihdekäytön määrittely perustuu kulttuuriseen kontekstiin. Siinä huomioidaan käytettyjen aineiden lisäksi myös käyttäjät, käytön miljööt, käytön ideologiat ja motiivit sekä käyttöä tukevat mekanismit, käytön frekvenssi ja käytön seuraamukset. Huumeiden viihdekäyttö on tavallisten, usein hyvin toimeentulevien ja hyvin menestyvien nuorten tai nuorten aikuisten huumeiden käyttöä, jossa korostuvat käytön myönteiset vaikutukset käyttäjälle. Viihdekäyttöön liittyvät riskit ja haitat tiedostetaan, eikä käyttö saa aiheuttaa käyttäjälle ongelmia. Viihdekäyttöön liittyy aina oletus käytön hallinnasta. Määritelmään kuuluu myös, ettei käyttäjä ole yhteiskunnasta syrjäytynyt. Käyttö tapahtuu vapaa-ajalla ja se ei saa häiritä käyttäjän työntekeä tai opiskelua. Viihdekäyttöön ei tavallisesti liity muuta huumeri kollisuutta kuin huumeiden käyttöön ja hallussapitoon syylistyminen. Tavallisesti aineita välitetään pieniä määriä kaveriporukassa tai ystäväpiirissä ilman taloudellista hyötymistarkoitusta. (Salasuo ym. 2002; vrt. EMCDDA 2002b.)

14.2. Huumeiden viihdekäytön trendit

Huume kokeilujen ja käytön yleisyyttä on Suomessa alettu kuvaamaan metaforalla huumeaalto (Hakkarainen 1992, Partanen ym. 1999).⁹¹ Ensimmäisellä huumeaallolla tarkoitetaan 1960-luvulta alkaen yleistynyttä ja hippiliikkeen myötä tullutta huumeiden käyttöä. Ensimmäinen huumeaalto hiipui nopeasti 1970-luvun puoliväliin mennessä. Sen jälkeen huumeiden käyttö pysyi

⁹¹ Ks. myös luku 2.1.

Suomessa pitkään erittäin marginaalisena ilmiönä, kunnes se alkoi lisääntyä jyrkästi 1990-luvun alkupuolelta lähtien. Tätä huumeiden käytön ja kokeilujen lisääntymistä alettiin kutsua toiseksi huumeaalloksi. Toisen huumeaallon myötä huumeiden käyttö on tullut aiempaa monimuotoisemmaksi, käytettävien aineiden määrä on aiempaa suurempi ja huumeiden hinnat ovat laskeneet.

Huumeet ja huumeiden käyttö alettiin liittää erityisesti nuoriin ja nuorisokulttuureihin 1960-luvulta lähtien, jolloin huumeet määriteltiin myös Suomessa ensimmäisen kerran yhteiskunnalliseksi ongelmaksi (Hakkarainen 1992). Hippiliikkeenä tunnettu nuorison liikehdintä levisi Yhdysvalloista muihin länsimaihin. Huumeiden, lähinnä kannabiksen ja LSD:n käyttö oli valkoisten keskiluokkaan kuuluvien amerikkalaisnuorten yhteiskunnallinen kannanotto ja uudenlaisen elämäntavan symboli. Myös Suomen ensimmäisen huumeaallon juuret olivat hippiliikkeen ideologiassa, vaikka sen merkitys jäikin täällä vähäisemmäksi kuin muissa länsimaissa (ks. Hakkarainen 1992, 60–78; Salasuo 2003).

1990-luvulla syntyneellä Suomen toisella huumeaallolla on myös kansainväliset juuret. Iso-Britanniassa alkoi 1980-luvun loppupuolella kehittyä uudenlainen juhlimiskulttuuri, joka tunnetaan paremmin nimellä teknokulttuuri (ja jota on kutsuttu myös juhlimis-, rave- tai klubikulttuuriksi). Tämän uuden musiikkisuuntauksen ja kulttuurin symboliksi nousi ekstaasi. (Ks. yhteenveto teknokulttuurin synnystä, Salasuo 2004a.)

Tämä huumeiden käytön uusi muoto osana uutta juhlimis- ja teknokulttuuria levisi Suomeen melko hitaasti muihin Länsi-Euroopan maihin verrattuna. Ensimmäinen klubi-ilta järjestettiin Suomessa vuonna 1988. Teknokulttuuri oli ensialkuun pienen joukon suosiossa ja sillä oli elitistinen maine. Ekstaasi tunnettiin kuitenkin jo 1990-luvun alussa hyvin ja sen käytöllä oli tärkeä merkitys. Se symboloi uudenlaista päihteiden käyttöä, jolla haluttiin erottautua perinteisestä alkoholikulttuurista (ks. myös Seppälä 1999). Teknokulttuuri alkoi vähitellen saavuttaa yhä suurempaa suosiota 1990-luvun puolivälissä myös muiden nuorten ja nuorten aikuisten keskuudessa.

1990-luvun loppupuolella ilmiö alkoi monimuotoistua ja sen suosio vakiintui. Samaan aikaan se alkoi menettää myös alkuperäistä luonnettaan ja samalla lomittua osaksi ”tavallisten” nuorten ja nuorten aikuisten yöelämää. Uusi juhlimiskulttuuri siirtyi nyt tavallisiin alkoholia tarjoileviin ravintoloihin, yökerhoihin ja diskoihin, joissa alettiin soittaa teknomusiikkia ja samalla siihen alkoi tulla mukaan suomalaiselle alkoholikulttuurille tyypillisiä piirteitä, kuten humalahakuisuutta

juomista. Huumeiden viihdekäyttöä ei voida tarkastella enää osana teknokulttuuria, vaan osana nuorisokulttuuriin kuuluvana laajempaa virtauksena. (Hakkarainen ym. 2003, Salasuo 2004d; 2005, Salasuo ym. 2005.)

Suomalaisen viihdekäytön erityispiirteet nykyään⁹²

Suomessa käytetään ja kokeillaan huumeita vähemmän kuin useimmissa muissa Euroopan maissa (esim. EMCDDA 2004a). Tätä on selitetty Suomen syrjäisellä sijainnilla muusta Euroopasta ja siten huumeiden vähäisemmällä tarjonnalla sekä alkoholin vahvalla ja keskeisellä asemalla suomalaisessa kulttuurissa (Hakkarainen 1992). Moni koululainen juo itsensä humalaan (Ahlström ym. 2003; ks. myös Lähteenmaa 2004) ja alkoholin hankinta ja sen saatavuus on nuorille helppoa (Holmila ym. 2005). Alkoholi on laillisen asemansa vuoksi yleensä haluttu selvästi erottaa laittomista huumeista ja alkoholin käytön ja huumeiden käytön välille on haluttu tehdä selkeä ero. Uuden tutkimuksen mukaan suomalainen huumeekulttuuri ja alkoholikulttuuri ovat kuitenkin tiiviissä yhteydessä toisiinsa (Hakkarainen ym. 2005).

Joissakin kansainvälisissä tutkimuksissa on tuotu esiin, että huumeiden käyttö on yleisempää yöelämän vapaa-ajanviettopaikoissa, kuten ravintoloissa, diskoissa ja yökerhoissa kuin muissa nuorten ja nuorten aikuisten suosimissa vapaa-ajan viettopaikoissa. Joidenkin musiikkityylien ja huumeiden viihdekäytön välillä on nähty yhtäläisyyksiä. (Calafat ym.. 1999, 2001 ja 2003; EMCDDA 2002b; ks. myös EMCDDA 2005.) Suomessa ei ole helppo erottaa yhtenäisiä esimerkiksi eri musiikkityylien tai -kulttuurien kautta syntyneitä ala- tai nuorisokulttuureja. Eri musiikkityylit ja -kulttuurit eivät ole kovinkaan eriytyneitä toisistaan, eikä esimerkiksi suomalainen yö- ja ravintolaelämä ole selvästi jakautunut vain yhteen tietynlaiseen musiikkityyliin keskittyviin klubeihin, tanssipaikkoihin tai baareihin (ks. kuitenkin Törrönen ym. 2004). Vaikka huumeet on etenkin mediassa yhdistetty teknomusiikkiin tai muuhun elektroniseen tanssimusiikkiin, minkään musiikkityyliin tai muun vastaavan ”nuorisokulttuurin” ei voida sanoa käyttävän tai suosivan huumeita.

⁹² Viihdekäytön yleisyyttä on hankala arvioida esimerkiksi kyselytutkimuksilla. [pois] Viihdekäyttäjistä on kerätty tietoa myös Internetin kautta ja Internetin keskustelupalstoilta (esim. Roine 2004; Salasuo 2004c; Seppälä 1999; Seppälä 2003; Seppälä & Mikkola 2004; Sjöberg 2005). Tutkittavat ovat olleet iältään nuoria aikuisia, noin 18–30-vuotiaita. Pauliina Seppälän (1999) pro gradu –tutkielmassa tutkittiin huumeiden käyttöä teknokulttuurin sisällä (N=12). Mikko Salasuon väitöskirjatyötä (2004c) varten kerättiin vuosina 1999–2001 aineisto, joka sisälsi 60 käyttäjähaastattelua sekä Internetin kautta kerätyn 400 vastauksen survey-aineiston. Koska enemmistö viihdekäyttäjistä ole koskaan ollut missään tekemisissä eri viranomaisten (poliisi, huumehoito) kanssa, myöskin tätä kautta saataisiin todennäköisesti harhaanjohtava kuva tyypillisestä viihdekäytöstä ja viihdekäyttäjistä

Huumeita käytetään Suomessa eniten Etelä-Suomen suurissa kaupungeissa, kuten Helsingissä ja muualla pääkaupunkiseudulla sekä Turussa ja Tampereella. Vaikka uudesta juhlimiskulttuurista on tullut yhä enenevässä määrin osa nuorisokulttuurin laajempaa valtavirtaa ja yhä suurempi osa nuorisoa viettää vapaa-aikaansa uuden juhlimiskulttuurin koodien mukaisesti, huumeet kuuluvat osana juhlimiseen silti vain pienellä osalla näistä henkilöistä. Nuorten asenteet etenkin kannabista kohtaan ovat lieventyneet ja kaikkein nuorimmilla ikäryhmillä asenteet myös ekstaasia kohtaan, mutta silti suuri enemmistö nuorista suhtautuu huumeisiin hyvin kielteisesti. (Hakkarainen ym. 2004; Piispa ym. 2005.) Kun vuoden 2003 IREFREA tutkimuksen suomalainen aineisto kerättiin Turussa, kuvaavaa oli tutkimuksen ”epäonnistuminen”: tutkimukseen oli vaikea löytää riittävästi kohderyhmään kuuluvia henkilöitä. (Kuussaari 2003, 348–353.)

14.3. Viihdekäytön erilaiset käyttökulttuurit

Uutta juhlimiskulttuuria ja toista huumeaaltoa on verrattu ensimmäiseen huumeaaltoon ja sen hippiliikkeeltä omaksuttuun ideologiaan. Vaikka niistä voidaan löytää yhtäläisyyksiä, toisesta huumeaallosta puuttuu ensimmäiselle huumeaallolle ominainen käytön poliittinen luonne, kaikille yhteinen ääneen lausuttu yhteiskunnallinen kannanotto ja radikalismi. ”Protestin” tilalla on pikemminkin rentoutuminen ja hetkellinen irtiotto arjesta, hyvän olon maksimointi, uusien kokemusten etsintä ja yhdessäolo ystävien kanssa. Viihdekäytön on ajateltu liittyvän osaksi kulutus-, elämys- ja tietoyhteiskuntaa. Siihen on liitetty hedonismi, esteettiset arvot ja identiteettien muokkaus, toisaalta taas myös kiinnostus henkisyys- ja haluun kokea ”tajuntaa laajentavia” kokemuksia. Yksilön vapaus ja vastuu valita itse oma tapansa viettää vapaa-aikaa ja kokea nautintoja ilman muiden sanelemia sääntöjä on korostunut. Internetin merkitystä viihdekäytön leviämisessä ei varmaankaan voi väheksyä. Koska Internet mahdollistaa anonyymin kanssakäymisen, sillä on tärkeä asema eri huumeekulttuurien muokkaajana ja ylläpitäjänä. Etenkin stimulanttikulttuuriin kuuluvat huumeiden viihdekäyttäjät on yhdistetty IT ja uusmedia-alalla työskenteleviin. Viihdekäyttäjien on uskottu olevan hyvin koulutettuja, taloudellisesti ja sosiaalisesti hyvin menestyviä. (Salasuo ym. 2002; 155–157; ks. myös Partanen 2002.)

Huumeiden viihdekäytössä on erotettavissa kolme erilaista käyttökulttuuria ja kokemusmaailmaa: juhlimis- eli stimulanttikulttuuri, psykedeliakulttuuri eli ns. tajunnanlaajennus sekä huumeiden tapakäyttö, jolla tarkoitetaan ”pilvenpolttajia” eli kannabiksen tapakäyttäjää⁹³ Eri kategoriat on

⁹³ Käyttökulttuurien kuvaaminen perustuu artikkeliin *Huumeiden viihdekäyttö ajankuvana* (Salasuo ym. 2002) sekä osittain *Huumeet Internetissä ja nuorisokulttuureissa* (Seppälä ym. 2004, 59–102) –raporttiin.

muodostettu käytön sisällön, miljöön ja pääasiallisten käyttömotiivien sekä käyttöympäristöjen perusteella. Niiden tarkoituksena on olla suuntaa-antavia. Rajat eivät ole absoluuttisia ja eri osa-alueet voivat mennä osin päällekkäin. Myös osa-alueiden sisällä on erilaisia kulttuureja, jotka voivat olla toisilleen vastakkaisia. Siirtymisiä eri kulttuurien välillä saattaa myös tapahtua. Yhteistä kaikille osa-alueille on, että ne ovat saaneet vaikutteita toisistaan. Kaikissa käyttökulttuureissa yleisintä on kannabiksen käyttö. Sen käyttö on jossain määrin arkipäiväistynyt ja siitä on tullut eräänlainen ”yleishuume”, joka sopii moneen tilanteeseen. Kannabista ei välttämättä mielletä enää huumausaineena. Tyypillistä suomalaiselle huumeiden viihdekäytölle on, että suurin osa huumeiden käytöstä tapahtuu kodeissa tai muissa yksityistiloissa. Ravintoloissa, yökerhoissa, klubeilla tai muilla julkisilla paikoilla huumeiden käyttäminen avoimesti on suhteellisen harvinaista. Käyttöä julkisella paikalla vältetään kiinnijäämisriskin takia. Usein huumeita käytetään joko ennen ravintolailtaa tai vasta sen jälkeen, jolloin niitä ei tarvitse myöskään kuljettaa mukana.

Kannabiksen tapakäyttäjät eli ns. pilvenpolttajat.. Yleisin ja suurin viihdekäytön osa-alue on kannabiksen tapakäyttäjät eli pilvenpolttajat. Se ei ole yhtenäinen käyttäjäryhmä eikä käyttökulttuuri, vaikka joidenkin käyttäjien mukaan on olemassa yhteinen pilvialakulttuuri. Käyttö tapahtuu useimmin yksin tai yhdessä ystävien kanssa. Ystäväpiiri muodostuu usein sen mukaan, että muutkin käyttävät kannabista. Tapakäytön juuret ovat 1960-luvun lopun ja 1970-luvun alun ensimmäisessä huumeaallossa. Käyttötavat eri ryhmien ja käyttökulttuurien välillä vaihtelevat. Olennaista on kuitenkin kannabiksen asema tärkeimpänä aineena. Sen käyttö saattaa liittyä yhtä lailla arkiseen rentoutumiseen ja kokemusten syventämiseen kuin elämysten tavoitteluun erityistilanteissa. Kannabiksesta on tullut osa käyttäjän (kokonaisvaltaista) elämäntapaa ja –tyyliä ja joillekin sen käyttö voi olla ideologinen valinta. (Ks. myös Oinonen 2000.)

Juhlimis- eli stimulanttikulttuuri. Kun huumeiden viihdekäytöstä on puhuttu julkisuudessa, luultavasti eniten huomiota on saanut juhlimiskulttuuri eli stimulanttikulttuuri, josta on käytetty myös nimityksiä rave- tai teknokulttuuri. Juhlimiskulttuurissa käyttö on keskittynyt etenkin ekstaasiin, mutta myös amfetamiinin ympärille. Ekstaasiin ja amfetamiinin rinnalla käytetään kannabista ja jonkin verran myös ”gammaa” (GHB, gammahydroksibuturaatti). Kokaiini on Suomessa verrattain harvinaista ja amfetamiiniin verrattuna erittäin kallista. Kokaiinia on Suomen huumemarkkinoilla liikkunut vain satunnaisesti. Stimulanttien avulla pyritään mm. juhlimiseen, hauskanpitoon, rentoutumiseen ja hedonismiin. Käyttö liittyy usein vapaa-ajan ja viikonlopun viettoon ja ystävien tapaamiseen. Juhlimiskulttuuri on keskittynyt ravintoloihin, yökerhoihin ja klubeille ja tanssimisella on juhlimiskulttuurissa suuri merkitys. Stimulanttien käytöllä pyritään

voimistamaan musiikista ja tanssimisesta saatavaa kokemusta. Ne voivat poistaa myös väsymyksen tunteen ja antaa energiaa juhlimiseen ja tanssimiseen. Aiemmin varastohalleissa tai muissa vastaavissa tiloissa järjestettyjen yksityisten ravejuhlien tilalle on tullut kaupallisia tilaisuuksia (esim. <http://www.koneisto.com>).

Psykedeliakulttuuri eli tajunnanlaajennus. Viihdekäytön marginaalisin ja näkymättömin osa-alue on psykedeliakulttuuri, jonka juuret ovat hippiliikkeen ideologiassa. Tässä kulttuurissa hallusinogeeneillä, kuten LSD:llä, sienillä ja kannabiksella on keskeinen merkitys. Aineet liikkuvat enimmäkseen pienien kaveriporukoiden kesken. LSD:n saatavuus yleisesti on Suomessa ollut melko vähäistä. Sieniä kasvatetaan jonkun verran kotona, vaikkakin joitakin niistä kasvaa Suomessa myös luonnonvaraisena. Ekstaasilla saattaa olla psykedeliakulttuurissa kaksijakoinen asema. Jonkun verran käytetään myös ns. tutkimuskemikaaleja. Psykedeliakulttuurissa huumeiden käyttö liittyy mm. tajunnan avartamiseen, itsetuntemuksen lisäämiseen, ”eksperimenttaukseen”, mutta joskus myös pelkkään hauskanpitoon. Psykedeelisten aineiden käyttö tapahtuu lähes poikkeuksetta yksityistiloissa tai muissa rauhallisissa paikoissa, kuten esimerkiksi luonnossa. Vaikka psykedeliakulttuurin sisällä saattaa olla hyvinkin paljon toisistaan eroavia käyttömotiiveja ja käyttötapoja, yhteistä käyttäjille on tietynlainen ”vakavahenkinen” suhtautuminen käyttöön. Sitä voisi luonnehtia elämäntarkoituksellisesti tärkeäksi asiaksi käyttäjän elämässä, mutta käytön tulkitseminen ”uskonnolliseksi” on helposti ylitulkintaa (ks. Sjöberg 2005)⁹⁴.

Viihdekäyttö, riskit ja sosiaaliset normit

Laittomien huumeiden käyttöön liittyvä suurin riskitekijä on, ettei aineiden vahvuudesta, puhtaudesta ja todellisesta koostumuksesta ole olemassa varmaa tietoa. Eri aineilla ja niiden erilaisilla käyttötavoilla on erilaisia haittoja ja riskejä. Myös käyttäjän kokemattomuus on usein riskitekijä, kun eri aineiden annosteluja tai eri aineiden yhteisvaikutuksia ei tunneta tai joitakin aineita pidetään vaarattomina. Usein ”virallinen huumetieto” on toisenlaista kuin kokemustieto eli kaverien jakama tietämys tai Internetistä saatu tieto (ks. esim. Salasuo 2004; Seppälä 1999; Seppälä ym. 2004, Sjöberg 2005). Viihdekäytössä haittojen ja riskien minimoinnilla ja ennakoimisella on erityisen suuri merkitys ja sitä kontrolloidaan mm. käyttökulttuurien omilla (toisinaan julkilausumattomilla) normeilla ja sosiaalisilla sanktioilla. Suomalaisen viihdekäytön sosiaalisiin normeihin ja sanktioihin kuuluu, että aineiden käyttöä suonenensisäisesti ei hyväksytä. Heroiinin

⁹⁴ Psykedeelistä huumeiden käyttöä on kartoitettu Sari Sjöbergin (2005) vuosina 2002–2004 keräämällä aineistolla (N=38).

käyttöä paheksutaan julkisesti ja heroinisteja pidetään ”luusereina”. (Salasuo ym. 2002, 158–161, Seppälä ym. 2004.)

Etenkin ekstaasin käyttöön liitetään käyttäjien keskuudessa rituaaleja ja sosiaalisia normeja, ”kulttuurisia käyttöohjeita”, joiden avulla vähennetään käyttöön liittyviä riskejä ja haittoja: on puhuttu käyttäjien omasta terveydenlukutaidosta (Salasuo 2004b; ks. myös Calafat ym.. 2001, 181–200). Ekstaasin käyttöön liittyvät kuolemantapaukset saavat usein huomiota, vaikka ne ovat suhteellisen harvinaisia. Suomessa on tapahtunut vuosina 2000–2004 seitsemän myrkytyskuolemaa, jotka on tilastoitu ekstaasin aiheuttamiksi. Kuolemantapaukset ovat johtuneet ekstaasin ja masennuslääkkeenä käytetyn moklobemidin yhteisvaikutuksesta. (Vuori 2003; 2005.) ”Ekstaasikuolema” on harhaanjohtava ilmaisu ja sitä on ehdotettu määriteltäväksi entistä täsmällisemmin (EMCDDA 2004a, 37). Joissakin maissa toteutettu ekstaasitablettien ”pilleritestaus” (ks. esim. Benschop ym. 2002) on tuttua myös suomalaisten viihdekäyttäjien parissa, mutta virallisia ”pilleritestauksia” ei Suomessa tehdä.

14.4. Viihdekäytön vastaiset toimet

Huumepolitiikassa etsitään usein tasapainoa huumelainsäädännössä saneltavien rangaistustoimenpiteiden ja käyttäjien elämää parantavien hoitotoimenpiteiden välillä. Suomi on periaatteessa sitoutunut noudattamaan huumeepolitiikassa tiukkaa linjaa. Suomen tällä hetkellä toteuttama huumeepolitiikka voidaan jakaa karkeasti kahteen eri toimintamalliin: toisaalta pyritään rajoittamaan huumeepolitiikkaan korostamalla rikosoikeudellisia keinoja käytön ehkäisemisessä ja toisaalta taas pyritään vähentämään huumeiden käytön aiheuttamia sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja (Tammi 2002; ks. myös Skenaario Suomen... 2004; Virtanen 2002).

Suomessa haittojen vähentämiseen pyrkivä huumeepolitiikka on kohdistettu erityisesti huumeiden ongelmakäyttöön. Huumeita suonensisäisesti käyttäville on tarjottu muun muassa puhtaiden neulojen vaihtopisteitä, hepatiittirokotuksia ja terveysneuvontaa. Opiaattiriippuvaisille on tarjottu mahdollisuutta päästä lääkkeelliseen korvaushoitoon. Sen sijaan huumeiden viihdekäyttöön haittojen vähentämiseen pyrkivä politiikka ei ole ulottunut, vaan huumeiden viihdekäyttäjiin on sovellettu perinteistä rajoittavaa huumeepolitiikkaa. Huumelainsäädännön uudistamisten yhteydessä Suomessa on aika ajoin keskusteltu myös käytön dekriminalisoinnista, mutta käytöstä

rankaiseminen on haluttu kuitenkin säilyttää laissa periaatteellisenä toimenpiteenä huumeiden vastaisessa työssä⁹⁵

Kontrollitoimet

Huumerikoksia koskevaa lainsäädäntöä uudistettiin vuonna 1993, jolloin käyttöön tuli ns. seitsemäs pykälä. Seitsemännen pykälän mukaan toimenpiteistä oli mahdollisuus luopua, jos teko olosuhteet huomioon ottaen katsottiin vähäiseksi, eikä sen katsottu loukkaavan yleistä lainkuuliaisuutta tai jos käyttäjä sitoutui menemään sosiaali- ja terveysministeriön hyväksymään hoitoon. Tätä mahdollisuutta käytettiin varsin vähän, eikä lain toteutus käytännössä muodostunut sellaiseksi kuin lainsäätäjä oli sen tarkoittanut (ks. Kainulainen 1999; Kainulainen 2002).

Huumerikoksia koskevaa lainsäädäntöä uudistettiin jälleen vuonna 2001. Pienen määrän hallussapito, sen hankkiminen ja käyttö katsottiin nyt käyttörikokseksi, jota ei enää tarvitse viedä käräjäoikeuteen saakka. Poliisi voi kirjoittaa rikoksen tapahtumapaikalla heti sakkorangaistuksen, jonka vahvistamisesta päättää myöhemmin syyttäjä (ns. rangaistusmääräysmenettely). Tärkeänä pidettiin sitä, ettei sakotuskäytännöstä tulisi automaattista. Etenkin ensi kertaa kiinnijääneet alaikäiset (alle 18-vuotiaat) nuoret tulisi ohjata viranomaisten (syyttäjä, poliisi ja sosiaalihuollon edustaja) puhutteluun ja hoidon tarpeessa olevat hoitoon. (Ks. Kainulainen 2005.)

Suurin osa poliisin tietoon tulleista huumerikoksista on ollut tapauksia, joissa on kyse huumeiden käytöstä ja niiden hallussapidosta omaa käyttöä varten eli niissä on ollut mahdollista harkita toimenpiteistä luopumista. Toimenpiteistä luopuminen on jäänyt syyttäjien ratkaistaviksi. Kun tarkastellaan syyttämättäjättämispäätösten yleistä kehitystä 2000-luvun alusta lähtien, tätä käytäntöä on käytetty vähän. (Kainulainen 2005.) Yleisin seuraamus huumerikoksesta on ollut sakkorangaistus. Syyttämättä jätettyjen määrä on vähentynyt, samaan aikaan kun rangaistusmääräysmenettelyssä sakotettavien määrä on kasvanut. Tarkasteltaessa syyttämättäjättämispäätöksiä voidaan huomata, että mahdollisuudet puhutella alaikäisiä käyttäjiä sekä käyttäjien ohjaus hoitoon ovat kuitenkin lisääntyneet. (Kainulainen 2005; puhuttelusta ks. myös Skenaario Suomen... 2004, 15–16.)

Huumeiden viihdekäyttöön on puututtu erityisesti poliisin tekemillä valvontaiskuilla ja ratsioilla. Suurin osa kiinnijäämisistä on koskenut kannabiksen käyttöä tai pienen ainemäärän hallussapitoa ja

⁹⁵ Ks. tarkemmin lainsäädännön historiasta: Hakkarainen 1992, 131–150; Kainulainen 1999; 2002

rangaistuksena kiinnijääneille on määrätty pääasiassa tulojen mukaan määräytyviä päiväsakkoja. Valvontaiskuilla on haluttu viestittää, että Suomessa ei hyväksytä minkään huumeen käyttöä. Valvontaa on lisätty etenkin nuorten suosimilla musiikkifestivaaleilla, joissa poliisi on kiertänyt yleisön joukossa huumekoirien kanssa pyrkien tällä tavalla estämään huumeiden käytön. Eniten huomiota julkisuudessa on saanut ja kaikkein näkyvimmin valvontaiskuja on tehty teknoa tai muuta elektronista musiikkia soittavissa tapahtumissa. Valvontatoimet ovat ulottuneet myös tapahtumien ulkopuolelle. Kuitenkin tapahtuneet yleiset valvontaiskut (huumetestit, huumekoirien yllätysiskut) esimerkiksi kouluihin tai rippikoululeireille on todettu ylimpien laillisuusvalvontaviranomaisten taholta laittomiksi tai perusteettomiksi.

Huumehoito ja ennaltaehkäisevä päihdetyö

Huumeiden viihdekäytön lisääntyminen on asettanut uusia haasteita myös huumehoitosektorille sekä huumeiden käyttöä ennaltaehkäisevälle päihdetyölle. Viihdekäytöstä aiheutuneet haitat ovat osittain toisenlaisia kuin perinteiseen huumeiden ongelmakäyttöön liitetyt haitat, kuten aineriippuvuus, likaisten käyttövälineiden kautta leviävät tartuntataudit (hiv, hepatiitit) ja omaisuusrikoksiin syyllistyminen aineiden käytön rahoittamiseksi. Myös ”perinteisen huumevalistuksen” tehokkuus ennaltaehkäistä huumeiden viihdekäyttöä on asetettu kyseenalaiseksi. Vuoden 2001 lopulla aloitettiin Helsingissä kaksi vuotta kestänyt pilottitutkimus. Tutkimuksen tarkoituksena oli löytää tutkimusmenetelmiä, joiden avulla kyettäisiin tunnistamaan nopeasti uusia huumeidenkäytön ilmiöitä (ks. projektin tutkimusraportit Seppälä 2003; Seppälä ym. 2004).

Huumehoito ja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. Kaikista huumeita kokeilleista ja niiden käyttäjistä ongelmia tulee vain murto-osalle. Suurin osa jättää kokeilut muutamaan kertaan. (Hakkarainen ym. 2003.) Suomessa ei ole erikseen selvitetty sitä, kuinka paljon viihdekäyttäjät turvautuvat sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin tai kuinka paljon viihdekäytön takia aiheutuu akuuttikäyntejä ensiapuun. Raporttia *Huumeet Internetissä ja nuorisokulttuureissa* varten tietoa kerättiin kolmesta Helsingissä sijaitsevasta terveydenhuollon toimipisteestä haastattelujen ja sähköpostikirjeenvaihdon muodossa. Yleisimmin ongelmia aiheuttaneeksi aineeksi esiin nousi kannabis. Kannabiksen takia hoitoon hakeutumisen syy oli usein, että hoitoon ei niinkään hakeuduttu oma-aloitteisesti käytöstä aiheutuneiden ongelmien takia, vaan sinne jouduttiin jonkun ulkopuolisen tahon (koulu, vanhemmat tms.) pakottamana (Seppälä ym. 2004, 103–104; vrt. EMCDDA 2004b, 82–92). Aineistosta tulivat esiin myös ekstaasi ja vähäisessä määrin muut

piristeet. Usein näiden aineiden viihdekäyttäjät halusivat vain keskustella asiantuntijan kanssa käytöstään. Joskus käytön taustalta löytyi muita ongelmia, jotka johtivat pitempään hoitosuhteeseen. (Seppälä ym. 2004, 103–104.)

Huumevalistus ja ennaltaehkäisevä päihdetyö. Huumevalistuksen on yleisesti uskottu olevan tärkein huumeiden vastainen työ (vrt. Ehkäisevän... 2005, 16; Skenaario Suomen... 2004, 23–24). Huumevalistusta kohtaan on alettu esittää viime aikoina kriittisiäkin puheenvuoroja (esim. Hippi 2001; Soikkeli 2002). Kun huumevalistuksen tehokkuutta on arvioitu viihdekäytön näkökulmasta, suurimpana ongelmana on pidetty sitä, ettei huumevalistuksen antama kuva vastaa viihdekäyttäjän omaa kokemusta huumeiden käytöstä. ”Tavanomaisen” huumevalistuksen tilalle on ehdotettu ns. kaksisuuntaista valistusta, jossa tarkoituksena on käytännön läheisen tiedon jakamisen ohella luoda kontakteja sekä huumeiden käyttäjiin että henkilöihin, jotka työssään ovat tekemisissä huumeilmiön kanssa (Seppälä ym. 2003). Kaksisuuntaisessa valistuksessa ei pyritä täydelliseen huumeettomuuteen, vaan vähentämään käyttöön liittyviä riskejä ja haittoja. Internetistä on muodostunut tärkeä ajatustenvaihtokanava ja keskusteluareena huumeidenkäyttäjien keskuudessa ja tämä on tiedostettu myös ehkäisevässä päihdetyössä (ks. Ehkäisevän... 2005, 17; ks. myös Piispa 2002a ja 2002b).

Kansalaisjärjestöjen aktiivisuus huumeiden vastaisessa työssä. Suomessa eri kansalaisjärjestöillä on ollut merkittävä rooli huumeiden vastaisessa työssä ja esimerkiksi jotkut vanhempainyhdistykset ovat poliisin ohella myös aktiivisesti vastanneet huumetiedotuksesta (Hakkarainen 1992; ks. myös Ehkäisevän... 2005; Skenaario Suomen... 2004, 24–25).⁹⁶ Terveiden edistämisen keskus (<http://www.health.fi>) koordinoi ehkäisevää päihdetyötä tekeviä valtakunnallisia järjestöjä. Suurimpia ja näkyvimpiä kansalaisjärjestöjä ovat Irti Huumeista ry (<http://www.irtihuumeista.fi>), YAD (Youth Against Drugs) Finland ry (<http://www.yad.fi>), Elämä On Parasta Huumetta ry (<http://www.elamaonparastahuumetta.fi>) ja Terveys ry (<http://www.terveys.fi>). Näiden kansalaisjärjestöjen toiminnan painopiste on ennen kaikkea ennaltaehkäisevässä päihdetyössä, huumevalistuksessa, vapaaehtoistoiminnassa sekä erilaisten tapahtumien järjestämisessä, ei niinkään huumeiden viihdekäyttöön liittyvässä huumetyössä. Useat kansalaisjärjestöt ja huumetyötä tekevät yhdistykset ovat torjuneet viihdekäytön käsitteen ja pitäneet sitä moraalisesti arveluttavana. Vuonna 2001 perustettu Humaania Päihdepolitiikkaa ry (<http://www.hppry.org>) on kansalaisjärjestöjen saralla varsin poikkeuksellinen, sillä se on ajanut aktiivisesti haittojen

⁹⁶ Erilaisia huumeiden vastaiseen tai muuhun huumetyöhön keskittyneitä kansalaisjärjestöjä ja pienyhdistyksiä on olemassa kymmeniä. Niiden antia huumetyöhön voi luonnehtia varsin ”kirjavaksi”. Raha-automaattiyhdistys (<http://www.ray.fi>) tukee useiden näiden kansalaisjärjestöjen ja yhdistysten toimintaa.

vähentämisen tähtäävää huumepolitiikkaa myös viihdekäytön osalta. Keskusteluun huumeiden viihdekäytöstä ovat halunneet osallistua myös kannabiksen käytön sallimista ajavat yhdistykset kuten Suomen Kannabisyhdistys (<http://www.sky.org>).

Vuosina 2000–2005 toteutetut huumeiden vastaiset kampanjat. Huumeiden vastaisia kampanjoita ei ole suunnattu ennaltaehkäisemään erityisesti viihdekäyttöä, vaan niiden tarkoituksena on ollut herättää uudenlaista huume keskustelua. Terveystieteiden tutkimuskeskus järjesti vuosina 2001–2003 ainutlaatuisen, valtakunnallisesti näkyvän kampanjan huumeista, johon kuului sekä huumeista tiedottamista (lehti-, radio- ja televisiomainokset), perinteistä huumevalistusta huumeiden vaikutuksista (<http://www.kokototuus.com>) että keskustelupalstan (<http://www.puolitotuus.com>) ylläpito Internetissä. (Ks. kampanjan loppuarviointi (Jallinoja ym. 2003.) A-klinikkasäätiö (<http://www.a-klinikka.fi>) on keskittänyt toimintaansa yhä enemmän alkoholin rinnalla yleiseen päihdetyöhön. Se ylläpitää Päihdelinkkiä (<http://www.paihdelinkki.fi>), jossa on suositun keskustelupalstan Saunan lisäksi saatavana myös tietoa huumeista, niiden vaikutuksista ja käyttöön liittyvistä riskeistä. Päihdelinkin keskustelupalstan Saunasta, sen kävijöistä ja siellä käytävästä keskustelusta on myös julkaistu tutkimuksia (Lehmusvaara 2002 ja 2004; Piispa 2002a ja Piispa 2002b; Roine 2004). YAD on aloittanut vuonna 2005 erityisesti viihdekäyttäjille suunnatun projektin ”Rave Against Drugs” (http://www.yad.fi/esitteet/rad_projekti.htm) ja se on päätetty pitää pysyvästi YAD:in toiminnassa.

Millaiselta näyttää viihdekäytön tulevaisuus Suomessa?

Suomen molemmilla huumeaalloilla on ollut kansainväliset juuret. Toisen huumeaallon myötä tullut ns. uusi juhlimis- ja teknokulttuuri levisi Suomessa ensin hitaasti. Ilmiö laajeni ja monimuotoistui vasta 1990-luvun loppupuolella, jolloin siihen tuli mukaan kansallisia piirteitä ja se lomittui osaksi nuorisokulttuurin valtavirtaa. On todennäköistä, että kansainväliset trendit tulevat jatkossakin ohjaamaan huumeiden viihdekäytön kehittymistä myös Suomessa. Mikäli eri huume kulttuurit ja suomalainen alkoholikulttuuri kytkeytyvät jatkossa yhä tiiviimmin yhteen, myös alkoholikulttuurissa ja –politiikassa tapahtuvat muutokset saattavat heijastua huumeiden viihdekäytön kehitykseen.

Viihdekäyttöä on Suomessa yritetty ennaltaehkäistä ensisijaisesti rikosoikeudellisilla toimenpiteillä. Valvontaa on suoritettu erityisesti julkisilla paikoilla ja se on kohdistunut avoimeen huumeiden käyttöön.. Kontrollitoimenpiteiden on väitetty kohdistuvan kaikkein ankarimmin jo ennestään

sosiaalisesti huono-osaisiin (Kinnunen 2002). Jos tämä pitää paikkaansa, pelkästään poliisin kontrollilla on vaikeaa puuttua viihdekäyttöön Huumeiden viihdekäytön kytkeytyminen osaksi (nuoriso)kulttuureja tai muita kansainvälisiä trendejä tekee niiden ennaltaehkäisemistä myös hyvin vaikeaa. Hoitotoimet puolestaan kohdistuvat melko rajalliseen joukkoon huumeiden viihdekäyttäjiä.

Uusimpien kyselytutkimusten mukaan huumeokeilut ja käyttö olisivat kääntyneet laskuun 2000-luvulla (Hakkarainen & Metso 2001 ja 2003; ks. myös Hurme 2005, 11–12). Kuitenkin on esitetty joitakin arvioita siitä, ettei 1990-luvulla alkanut toinen huumeaalto laantuisi ensimmäisen huumeaallon tavoin, vaan se jäisi pysyvämmäksi ilmiöksi. Huumeiden käytöstä ja etenkin viihdekäytöstä, tulisi alkoholikulttuuriin verrattavissa olevaa kulttuuriperintöä. (Seppälä ym. 2001; Salasuo 2005; Salasuo ym.2005.) Näyttäisi siltä, että huumeiden viihdekäyttö on ainakin osittain jäänyt pysyväksi osaksi suomalaista yhteiskuntaa. Varsinkin kannabiksen käyttö erilaisissa sosiaalisissa ryhmissä tuntuu vakiintuneen. .

15. LÄHDELUETTELO

- Ahlström, S., Metso, L. & Tuovinen, E.-L. (2003). Nuorten juominen vähentynyt - usein humaltuminen ei. Yhteiskuntapolitiikka 68, (6).
- Aira, M. & Tacke, U. (2004). Kuopion yliopistollisen sairaalan huume- ja lääkeriippuvuuspoliklinikan toiminta. Suomen Lääkärilehti 59, (27-29). Ks. <http://www.laakarilehti.fi/sisallys/index.html?nr=27,yr=2004>
- Alkoholiohjelma 2004 - 2007 - työväline alkoholihaittojen ehkäisyyn (2004). Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2005:2. Ks. myös <http://www.stm.fi/Resource.phx/hankk/hankk/alkoholi2004/index.htm>
- Alkoholiohjelma 2000-luvulle (2000) - yhteistyötä ja vastuuta. Työryhmämuistioita 29/2000. Ks. myös <http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/alkoholi/alkoholi.pdf>
- Alkoholiohjelma 1997 - 1999 (1997). Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 14/1997.
- Andersen, S. (2003). Finnish police officers and social workers discussing drugs. Article in Pedersen ed. (2003).
- Anonyymi todistelu ja peitepoliisin oikeus osallistua rikollisryhmän toimintaan. Oikeusministeriön työryhmämietintöjä 2005:5. Ks. <http://www.om.fi/31402.htm>
- Arjen turvaa – sisäisen turvallisuuden ohjelma (2004). Sisäasiainministeriön julkaisu 44/2004. Ks. myös [http://www.intermin.fi/intermin/biblio.nsf/6999D85A980CD058C2256F180034DCC8/\\$file/442004.pdf](http://www.intermin.fi/intermin/biblio.nsf/6999D85A980CD058C2256F180034DCC8/$file/442004.pdf)
- Asunnottomien naisten tukipisteen esittely 2005: Ks. <http://www.hdl.fi/asumispalvelut/tukipistesalli.htm>
- Benschop, A., Rabes, M. ja Korf, D. 2002. Pill Testing – Ecstasy and Prevention. A Scientific Evaluation in Three European Cities. Rosenberg: Amsterdam.
- Bothas, H. (2005): Päihdelinkin ekonsultaatio. Verkkokonsultaatiota ammattilaiselta toiselle. A-klinikkasäätiön monistesarja nro 46 / 2005. Ks. http://www.a-klinikka.fi/julkaisut/verkkokonsultaatio/ekons_loppurap.pdf
- Bothas, H. (2005a): Lannistaako laki työpaikkojen testausinnostuksen. Teoksessa Raitasalo ym. 2005.
- Calafat, A. et al. 1999. Night Life in Europe and Recreative Drug Use. Sonar Project/IREFREA: Valencia.
- Calafat, A. et al. 2001. Risk and Control in the Recreational Drug Culture. Sonar Project/IREFREA: Valencia.
- Calafat, A. et al. 2003. Enjoying the Nightlife in Europe. The Role of Moderation. Sonar Project/IREFREA: Valencia.
- Eduskunnan täysistuntojen pöytäkirjat 2004, 2005. Suomen Eduskunta - valtiopäiväasiat (2005). Ks. <http://www.eduskunta.fi>
- Ehkäisevän päihdetyön järjestöjen huumausainepoliittinen mietintö 2005. Terveiden edistämisen keskus: Helsinki. http://www.health.fi/timage.php?i=60&f=2&name=huumausainepoliittinen_mietinto.pdf
- EMCDDA 2002a. Huumeiden käyttäjät ja lainsäädäntö EU:ssa. Teemana huumeet –Tilannekatsaus no. 2. <http://www.emcdda.eu.int/index.cfm?fuseaction=public.Content&nNodeID=439&sLanguageISO=EN>

EMCDDA 2002b. Huumeiden viihdekäyttö – keskeinen haaste EU:lle. Teemana huumeet – Tilannekatsaus no. 6. <http://www.emcdda.eu.int/index.cfm?fuseaction=public.Content&nNodeID=439&sLanguageISO=EN>

EMCDDA 2004a. Huumeongelma Euroopan Unionissa ja Norjassa. Vuosiraportti 2004. Euroopan huumaussaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus: Lissabon. <http://annualreport.emcdda.eu.int/download/ar2004-fi.pdf>

EMCDDA 2005. Youth Media. Thematic Papers. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction: Lisbon. <http://www.emcdda.eu.int/index.cfm?fuseaction=public.Content&nNodeID=7079&sLanguageISO=EN>

Forssén, T. (2005): Kun ylläpitohoito päiväkeskukseen tuli. Tiimi 5 / 2005

Forssén, T. (2005a). Huumehoidon asiantuntijuuden rakentuminen päiväkeskuksessa. Stakes raportteja 1/2005. Ks. myös <http://www.stakes.fi/verkkojulk/pdf/rap05/Ra1-2005.pdf>

Hakkarainen, P. 1992. Suomalainen huumeekysymys. Huumaussaineiden yhteiskunnallinen paikka Suomessa toisen maailmansodan jälkeen. Alkoholitutkimussäätiön julkaisuja no. 42. Alkoholitutkimussäätiö: Helsinki.

Hakkarainen, P. ja Metso, L. 2001. Onko huumeiden käytön yleistymisen taittumassa? – Vuoden 2000 huumeekyselyn tulokset. Yhteiskuntapolitiikka vol. 66 (3), s. 277–283.

Hakkarainen, P. ja Metso, L. 2003. Huumeiden käytön uusi sukupolvi. Yhteiskuntapolitiikka vol. 68 (3), s. 244–256.

Hakkarainen, P. & Metso, L. (2004). Suomalaisten suhtautuminen huumeisiin ja huumepolitiikkaan. Mielipiteet ja asenteet väestössä 2002. Yhteiskuntapolitiikka 69, (1)

Hakkarainen, P. & Metso, L. (2005): Märkä pilvi ja vuosi 2004. Yhteiskuntapolitiikka 70 (2005): 3.

Halmeaho, M. & Nuorvala, Y. (2005): Korvaushoito niveltenyt hyvin Nurmijärven terveyskeskukseen. Tiimi 2 / 2005. Ks. myös <http://www.a-klinikka.fi/tiimi/>

Harju, O. (2004): Piikkikoukku - mitä ilmiön takana. Tiimi 1/2004. Ks. <http://www.a-klinikka.fi/tiimi/>

HBSC (2003): Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children study: international report from the 2001/2002 survey. Ks. Chapter 2, page 88. http://www.euro.who.int/eprise/main/who/InformationSources/Publications/Catalogue/20040601_1

Heikkilä K. (2005): Rankkaa hoitoa vai hoivaa tukevaa rakennetta? Kiskon klinikan maineen problematiikkaa. Tiimi 1 / 2005.

Heikkilä, M. & Roos, M. toim. (2004): Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus ja kehittämiskeskus, Gummerus kirjapaino, Saarijärvi 2004

Heinänen, M. (2005): Tulevaisuus - "Budusheje". Viipurin alueen ehkäisevän päihdetyön projekti 2002 - 2003. Loppuraportti. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto, selvityksiä 2004:7. Ks. http://www.hel.fi/sosv/julkaisu/selvitykset/2005/07_tulevaisuus.pdf

Hepatiittirokotukset yleisen rokotusohjelman osana. Kansanterveyslaitoksen suositus vuonna 2005. Suomen lääkärilehti 60 (2005):9. Ks. <http://www2.fimnet.fi/pdf/2005/SLL92005-1049.pdf>

Hietaniemi, T. & Korpisaari, H. (2005): Rikosten ehkäisy järjestäytyneen rikollisuuden torjunnassa. Järjestäytyneen huumausainerikollisuuden toimintatavat ja ennaltaehkäisyn mahdollisuudet 1990-luvun lopun Suomessa. Teoksessa Hietaniemi, T. toim. (2005)

Heitaniemi, T. toim. (2005): Rikostutkimus 2003 - 2004 -vuosikirja. Keskusrikospoliisi. Ks. [http://www.poliisi.fi/poliisi/krp/home.nsf/files/Rikostutkimus_2003-2004/\\$file/Rikostutkimus_2003-2004.pdf](http://www.poliisi.fi/poliisi/krp/home.nsf/files/Rikostutkimus_2003-2004/$file/Rikostutkimus_2003-2004.pdf)

Hietaniemi, T. (2004a). Tilastotietoja huumausainerikoksista 2003. Keskusrikospoliisin rikostietopalvelu.

Hietaniemi, T. (2004). Huumausainerikollisuus 2003 - näkymiä 2004. Keskusrikospoliisin rikostietopalvelu, heinäkuu 2004.

Hippi, K. 2001. Päihdevalistusprojektisuunnitelmien arviointia. STM:n ja RAY:n vuonna 1998 rahoittamat projektit. Sosiaalipolitiikan lisensiaatin tutkielma. Turun yliopisto: Turku.

Holmila, M., Karlsson, T. ja Raitasalo, K. 2005. Alaikäisten alkoholiostot. Yhteiskuntapolitiikka vol. 70 (3): 305–310.

Honkatukia P. (2005). Naiset rikoksen tekijöinä ja uhreina. Teoksessa Rikollisuustilanne 2004

Huohvanainen, M. (2005). Peruskuolemansyyrekisteristä huumeepoiminta EMCDDA:n kriteerien GMR(b) mukaan. Tilastokeskus. Ks. poimintaehdot <http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1419>

Hirvola, M. (2004): Tutkittua tietoa nuorten suhtautumisesta huumeisiin. Myötaote 4/2004. Ks. http://www.elamantapaliitto.fi/muut/MYOTIS04_4_NETTI.pdf Ks. myös <http://www.minedu.fi/nuora/julkaisut/barometri2004.pdf>

Huhtanen P. & Metso L. (2005): Erillisajo huumeita koskevista väestökyselyistä 1992 - 2004.

Hurme, T. toim. (2005): Huumausainepolitiikan kertomus vuodelta 2004. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 2005:5. Ks. <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2005/05/cd1115725946243/passthru.pdf>

Huumausainepolitiikan kertomus 2004. Huumausainepoliittinen koordinaatioryhmä, sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 2005:5. Ks. myös <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2005/05/cd1115725946243/passthru.pdf>

Huumausaineiden ongelmakäyttäjien hoitoa kehittäneen työryhmän muistio (2001). Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2001: 8. Helsinki. Ks. <http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/paosisallys84.htm>

Huumausainestrategia 1997 (1998): Huumausainepoliittisen toimikunnan mietintö. Komiteamietintö 1997:10. Oy Edita Ab, Helsinki Ks. <http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/huumeistr/sisally1.htm>

Huumeiden viihdekäytöstä puhuminen on kevytmielistä. Pääkirjoitus. Helsingin Sanomat 11.5.2003.

Huumeongelma Euroopassa 2005. EMCDDA:n vuosiraportti. Ks. <http://ar2005.emcdda.eu.int/fi/home-fi.html?CFID=184&CFTOKEN=75926543&jsessionid=2e303f1a6f251dd2e564>

Hypen, Kimmo (2004a). Vankilasta vuosina 1993 – 2004 vapautuneet ja vankilaan uudestaan palanneet. Rikosseuraamusviraston julkaisuja 1/2004.

Hypen, K. (2004). Tilastotietoja vankiloiden huumeasiakkaista. Oikeusministeriö, vankeinhoitolaitos, 2004.

Hännikäinen-Uutela, A-L. (2004): Uudelleen juurtuneet. Yhteisökasvatuksella lupaavia tuloksia narkomaanien kuntoutuksessa. Jyväskylä Studies in Education Psychology and Social Research 252. Ks. <http://selene.lib.jyu.fi:8080/vaitos/studies/studeduc/9513919323.pdf>

Jallinoja, P., Helakorpi, S. & Uutela, A. (2004). Huumekontaktit, huumemielipiteet ja valtakunnallisen huumeviestintäkampanjan havaittavuus. Tutkimus aikuisista suomalaisista. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 1 / 2004. Edita, Helsinki. Ks. http://www.ktl.fi/portal/suomi/osastot/epidemiologia_ja_terveyden_edistaminen/julkaisut/

Jallinoja, P., Piispa, M. ja Tigerstedt C. 2003. Koko totuus huumeekampanjasta. Valtakunnallisen hankkeen arviointi. Terveystiedon edistämisen keskuksen julkaisuja 10/2003. Terveystiedon edistämisen keskus: Helsinki. <http://www.health.fi/timage.php?i=109&f=1&name=Huumeekampanja.pdf>

Jokinen, P. (2005): Terveystiedon neuvontapisteissä keskustellaan monista aiheista. Tiimi 2/2005. Ks. <http://www.a-klinikka.fi/tiimi/205/tervneuv.html>

Järvenkylä, V. (2004): Päihdepsykiatrisen työn kehittäminen Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella. Seurantatutkimus huumeepotilaiden hoitoon sitoutumisesta. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 6/2004.. Ks. http://www.pshp.fi/tuty/julkaisu/2004/2004_6.pdf

Kainulainen, H. 1999. Toimenpiteistä luopuminen huumeusainerikoksissa. Helsinki: Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisuja 164. Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos: Helsinki.

Kainulainen, H. 2002. Pitääkö huumeiden käyttäjää rangaista? Teoksessa Hakkarainen, P. ja Kaukonen, O. (toim.) Huumeiden käyttäjä hyvinvointivaltiossa. Gaudeamus: Helsinki, s. 229–251.

Kainulainen, H. (2005). Päihde- ja dopingrikokset. Teoksessa Rikollisuustilanne 2004

Kainulainen, H. & Kinnunen, A.(2004). Päihderikokset. Kirjassa Rikollisuustilanne 2003. Ks. <http://www.om.fi/optula/2662.htm>

Kainulainen, H. (2004). Seuraamusikäytäntö huumeusainerikoksissa. Kirjassa Rikollisuustilanne 2003. Ks. <http://www.om.fi/optula/2662.htm>

Karjalainen, P. & Blomgren, S. (2004): Oikorata vai mutkatie? Sosiaalista kuntoutusta ja työelämäpolkuja nuorille. FinSoc, Arviointiraportteja 2/2004. Ks. <http://www.stakes.fi/finsoc/julkaisut/sarjat/ar/Nuotta.pdf>

Karsikas, V.(2004). Ulkopuolisessa kuntoutuksessa olleiden seuranta. Julkaisematon muistio, Rikosseuraamusvirasto 23.8.2004.

Karsikas, V. & Sunimento, K. (2004). Vankien sijoitus ulkopuoliseen laitokseen vuonna 2003. Rikosseuraamusviraston monisteita 9/2004. Ks. <http://www.rikosseuraamus.fi/27372.htm>

Kaukonen, O. (2005): Torjunta vai poisto. Päihdepalvelujen kehitys laman jälkeen. Yhteiskuntapolitiikka 70 (2005):3

Kekki, T. (2004a). Poliisin ja Paussin naapuruussuhde Sorinkadulla. Poliisin ja sosiaalitoimen yhteistyö huumeekäytöksessä. Tampereen huumeepilotin 3. raportti. Tampereen sosiaali- ja terveystoimen tutkimuksia 2/2004. Ks. [http://www.poliisi.fi/intermin/images.nsf/files/31EB6DCB1DCDAE48C2256EA8002F3754/\\$file/sospo.pdf](http://www.poliisi.fi/intermin/images.nsf/files/31EB6DCB1DCDAE48C2256EA8002F3754/$file/sospo.pdf)

Kekki, T. (2004). Ei kauhealla väänöllä vaan kipinän saaneena. Matalan kynnyksen kehittämishanke vaihtoehtoisen tuen ja huumeekuntoutuksen tarjoajana. Tampereen huumeepilotin 2. raportti. Tampereen kaupungin sosiaali- ja terveystoimen tutkimuksia 1/2004. Ks. [http://www.poliisi.fi/intermin/images.nsf/files/75DC0B406290FF21C2256EA8002E0AA7/\\$file/matala.pdf](http://www.poliisi.fi/intermin/images.nsf/files/75DC0B406290FF21C2256EA8002E0AA7/$file/matala.pdf)

Keskusrikospoliisi (2004)i: Huumausainerikokset ja takavarikot Suomessa 2004. [http://www.poliisi.fi/poliisi/krp/home.nsf/files/huumausainerikokset_2004/\\$file/huumausainerikokset_2004.pdf](http://www.poliisi.fi/poliisi/krp/home.nsf/files/huumausainerikokset_2004/$file/huumausainerikokset_2004.pdf)

Keskusrikospoliisin tiedote 10.3.2005. Poliisi, tulli ja rajavartiolaitos tehostavat yhteistyötään järjestäytyneen rikollisuuden torjunnassa. Ks <http://www.poliisi.fi/poliisi/krp/home.nsf/PFBD/0156FBD1184E76C0C2256FC0003AD142?opendocument>

Kinnunen, A. 2002. Poliisin tehostettu huumevalvontaliikenne. Teoksessa Hakkarainen, P. ja Kaukonen, O. (toim.) Huumeiden käyttäjä hyvinvointivaltiossa. Gaudeamus: Helsinki, s. 193–228.

Kinnunen A., Perälä R. ja Telkkä T. (2004). Poliisin huumevalvontaprojekti pääkaupunkiseudulla. Seurantatutkimus. Luonnos 21.9.2004. Poliisiammattikorkeakoulu.

Kivivuori, J. & Salmi, V. (2005): Nuorten rikoskäyttäytyminen 1995 - 2004. Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos, julkaisu 214 / 2005. <http://www.om.fi/optula/31515.htm>

Korteniemi, P. (2004): Mikä palveluohjauksessa toimi, kenen kohdalla ja missä olosuhteissa? Helsingin kaupungin sosiaalivirasto, Tutkimuksia 2004:1. Ks. myös <http://www.hel2.fi/sosv/julkaisu/tutkimuksia/2004/Palveluohjausloppuraportti.pdf>

Koskinen, T & Puustinen, L. (2005): Miksi varusmiespalvelu keskeytyy? Seuranta Kuopion sotilasläänin alueella 1993 - 2003. Suomen lääkärilehti 2/2005. Ks. myös <http://www.laakarilehti.fi/>

Koskivuori, S. & Nurmi, H: (2004). Raskaana olevan huumeidenkäyttäjän hoito- ja yhteistyökäytännöt Riihimäellä. Tiimi 3-4/2004.

Kriminaalihoitolaitos. Vuosikertomus 2004. Ks <http://www.rikosseuraamus.fi/31725.htm>

KRP 2005: Keskusrikospoliisin huumetietopalvelun tilastot ja kommentit vuodelta 2004.

KRP 2004: Keskusrikospoliisin huumetietopalvelun tilastot ja kommentit vuodelta 2003.

Kuntoutuksen työtoiminnan ohjausryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2004:10. Ks. <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/04/06/hu1086853428542/passthru.pdf>

Kuussaari, K 2005. Erillisajo huumehoitoon tietojärjestelmän tuloksista vuonna 2004

Kuussaari, K. 2003. Fieldwork Report. Teoksessa Calafat, A. et al. (eds.) Enjoying the Nightlife in Europe. The Role of Moderation. Sonar Project/IREFREA: Valencia, s. 348–353.

Lehmusvaara, L. 2002. Sauna on haittojen vähentämistä. Tiimi vol. 38 (2), s. 17–20

Lehmusvaara, L. toim. (2004): Päihdelinkki III. Vuosien 2000 - 2003 kehittämisprojektin loppuraportti. A-klinikkasäätiö. Ks. http://www.a-klinikka.fi/julkaisut/verkkojulkaisut/plinkki00_03.pdf

Lehti, M. & Kivivuori, J. (2004). Väkivaltarikoksista epäiltyjen päihtymys. Kirjassa Rikollisuustilanne 2003. Ks. <http://www.om.fi/optula/2662.htm>

Lillsunde, P. (2004). Ennakkotiedot vuoden 2003 huumelöydöksistä tieliikenteessä. Kansanterveyslaitoksen huumeelaboratorio.

Linnakangas, R. & Suikkanen, A (2004). Varhainen puuttuminen - mahdollisuus syrjäytymisen ehkäisyyn. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:7. Ks. <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2004/05/hu1083758936712/passthru.pdf>

- Luopa, P., Räsänen, M., Jokela, J. & Rimpelä, M. (2005): Kouluterveyskyselyn valtakunnalliset tulokset vuosina 1999 - 2004. Stakes, Aiheita 12/2005. Ks. <http://www.stakes.fi/verkkojulk/pdf/aiheita/Aiheita12-2005.pdf>
- Luopa, P., Sinkkonen, A., Jokela, J., Ojajarvi, A & Räsänen, M. (2004). Nuorten hyvinvointi ja terveys 2000, 2002 & 2004 - osaraportit pääkaupunkiseudulta, Etelä-Suomesta, Itä-Suomesta ja Lapin läänistä. Ks. <http://www.stakes.fi/kouluterveys/julkaisu/raportit.htm>
- Lähteenmaa, J. 2004. Nuorisokulttuuri ja alkoholi 2000-luvun alun Suomessa: lievää käännettä humala- ja alkoholikielteisyyteen ja sen tulkintaa. Teoksessa Tommi 2004. Alkoholi- ja huumetutkimuksen vuosikirja. Alkoholi- ja huumetutkijain seura ry: Helsinki, s. 27–36.
- Majava, A. (2004): Onko huumeidenvastaiselle valistuksella tulevaisuutta? Tiimi 3/2004. Ks. <http://www.a-klinikka.fi/tiimi/>
- Malin K. & Holopainen A. & Tourunen J (2004). "Mä käytän subua, että mä pysyn terveenä ja pystyn toimimaan". Käyttäjän kokemuksia ja näkemyksiä buprenorfiinin käytöstä. Julkaisematon käsikirjoitus A-klinikkasäätiön haastattelututkimuksesta elokuussa 2004.
- Malin, K., Partanen, A., Holmström, P. & Holopainen, A. (2004). Apteekkien ja terveysneuvontapisteiden yhteistyötä kannattaa kehittää. Tiimi 5/2004. Ks. <http://www.a-klinikka.fi/tiimi/>
- Marttunen, M. & Kivivuori, J. (2005): Nuorisorikollisuus. Teoksessa Rikollisuustilanne 2004.
- Metso, L. (2004a). Erillisajo Stakesin vuoden 2003 päihdetapauslaskennasta.
- Metso, L. (2004). Erillisajo Stakesin vuoden 2003 ESPAD-koululaiskyselystä.
- Metso, L. (2003). Erillisajo Stakesin vuoden 2002 huume-kyselystä aikuisväestölle.
- Metsäpelto, L. (2003). Syyttäjän näkökulma huumeiden ongelmakäyttäjien hoitoon. Tiimi 6/2003. Ks. myös <http://www.a-klinikka.fi/tiimi/>
- Miller, T. 1991. The Hippies and American Values. University of Tennessee Press: Knoxville, TN.
- Mokka, Roope 2003. Konemusiikin ystävät 2003. Helsingin Sanomien viikkoliite NYT no. 30 (25.-31.7.2003).
- Muiluviuri M. (2004). Tilastotietoja vankiloista EMCDDA:n tilastotauluun 10. Oikeusministeriö, Vankeinhoitolaitos, 2004.
- Mäkelä, M., Nieminen, J. & Törmä, S. (2005): Hoito ja palvelujärjestelmän kynnykset päihdeongelmaisten kannalta. Pikassos OY & Sosiaalikehitys Oy. Ks. http://www.stakes.fi/neuvoa-antavat/tutkimus/Kynnysraportti_2005.pdf
- Niskanen, M. & Nummi, M. (2004): Erityispalveluja hiv-positiivisille huumeiden käyttäjille. Viesti 6/2004. ks. <http://www.hdl.fi/julkaisut/viesti62004.pdf>
- Niskanen, T. (2005). Tilastotietoja huumetuomioista tuomioistuinrekisteristä. Tilastokeskus.
- Nuorisorikostoimikunnan mietintö 2003). Oikeusministeriö, komiteamietintö 2003:2. Edita Publishing Oy. Ks. <http://www.om.fi/18410.htm>
- Nuorisorikostyöryhmän mietintö (2004). Oikeusministeriön työryhmämietintöjä 2004:12. Ks. <http://www.om.fi/28247.htm>

Nuorten huumeiden käytön ehkäisytöimikunnan mietintö (2000). Sosiaali- ja terveysministeriö, Komiteamietintö 2000:3. Oy Edita Ab, Helsinki. Ks. <http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/ehosisallys23.htm>

Nuorvala Y. & Metso L. & Kaukonen O. & Haavisto K. (2004). Muuttuva päihdeasiakkuus. Päihdetapauslaskennat 1987-2003. Yhteiskuntapolitiikka 69, (6).

Nuorvala, Y. & Metso, L. (2004b): Päihdepalvelut. Artikkeliteoksessa Heikkilä ym. (2004).

Oikeustilastollinen vuosikirja 2004. Tilastokeskus, Oikeus 2004:18. Helsinki 2005.

Oinonen, T. 2000. Kannabiksen käyttö nuorten aikuisten päihdekulttuurina. Nuorisotutkimus vol. 20 (1), s. 32–42.

Opetusministeriön esite 2005. Ks. <http://www.minedu.fi/opm/nuoriso/tyopajat.html>

Opioidiriippuvaisten lääkkeellisiä hoitoja kehittäneen työryhmän muistio (2001). Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2001:21. Ks. <http://www.stm.fi/suomi/julkaisu/julk01fr.htm>

Pakkasvirta, T. (2004): Luoteis-Venäjän päihdetilanteesta. Myötäte 4 / 2004.

Palvelujen ulkopuolelle jääneiden huumeongelmaisten hoito-projekti - yhteenveto vuodelta 2003. Helsingin diakonissalaitos, 2003.

Parker, H., Aldridge, J. ja Measham, F. 1998. Illegal Leisure. The Normalization of Adolescent Recreational Drug Use. Routledge: London.

Partanen, A. (2005): Julkaisematon yhteenveto terveysneuvontapalvelujen toiminnasta 2004: Stakes.

Partanen, A., Uutela, P. & Virtanen, A. (2004). Päihdehuollon huumeasiakkaat 2003. Stakes, Tiedonantajapalaute 12 / 2004. Ks. <http://www.stakes.info/2/6/2,6,4.asp>

Partanen, A., Holmström, P., Holopainen, A. & Perälä, R. (2004b). Piikkihuumeiden käyttäjät Riskitutkimuksessa Buprenorfiinin pistäminen yleistynyt huumeiden sekakäytössä. Suomen Lääkärilehti 59, (39). Ks. <http://www.laakarilehti.fi/sisallys/index.html?nr=39,yr=2004>

Partanen, J. 2002. Huumeet maailmalla ja Suomessa. Teoksessa Hakkarainen, P. ja Kaukonen, O. (toim.) Huumeiden käyttäjä hyvinvointivaltiossa. Gaudeamus: Helsinki, s. 13–37.

Partanen, J. ja Metso L. 1999. Suomen toinen huumeaalto. Yhteiskuntapolitiikka vol. 64 (2), s. 143–149.

Partanen, P., Hakkarainen, P., Holmström, P., Kinnunen, A., Leinikki, P., Partanen, A., Seppälä, T., Virtanen, A. & Välikki, J. (2004). Amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäyttö Suomessa 2002. Yhteiskuntapolitiikka 69 (3).

Peltoniemi, T. (2004): Toimittajien päihdekoulutus - Päihdetiedotusseminaarien 20-vuotinen taival. A-klinikkasäätiön monistesarja 38 / 2004. Ks. <http://www.a-klinikka.fi/julkaisut/verkkojulkaisut/pts20v.pdf>

Perkiö, M. & Simula, H. (2004): Tampereen matalan huumehoitomalli. Tiimi 6 / 2004. Ks. <http://www.a-klinikka.fi/tiimi/>

Peruspalvelujen arviointi (2004): Läänihallitusten keskeiset arviot peruspalvelujen tilasta 2004. Sisäasianministeriön julkaisut 19/2005. ks. <http://www.intermin.fi/julkaisu/192005>

Piispa, M. 2002a. Jätetäänkö nettikeskustelut huumeista liberaaleille? Tiimi vol. 38 (2), s. 12–13.

Piispa, M. 2002b. Nettikeskustelut huumeista liberaalien leirinä. Tiimi vol. 38 (6), s. 15–17.

Piispa, M., Jallinoja, P., Helakorpi, S. ja Uutela, A. 2005. Huumekontaktit, huumemielipiteet, huumekampanja. Tutkimus aikuisista suomalaisista vuonna 2004. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B1/2005. Kansanterveyslaitos: Helsinki.
http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2005/2005b1.pdf

Pirkola, S & Wahlbeck, K. (2004). Huumausaineisiin liittyvien ja samanaikaisten muiden mielenterveyshäiriöiden takia toteutuneet sairaalahoidot. Suomen Lääkärilehti 59, (15-16).

Pohjolainen, L. (2004): Päihdehuollon asumiskurssi - keino vastata asumisongelmiin. Tiimi 3-4 / 2004. Ks.
<http://www.a-klinikka.fi/tiimi/arkisto/3404/asumis.html>

Poliisin huumausaineiden vastainen strategia vuosille 2003 - 2006 (2002). Hyväksytty 30.8.2002. Sisäasiainministeriön poliisiosasto. Ks.
<http://www.intermin.fi/intermin/home.nsf/pages/E932269A4FD88A29C2256B3C0036E4B2?opendocument>

Puro, P. (2005): HIV-tartuntatautiriskien vähentäminen painopisteenä lähialueyhteistyössä. Kvartti 1/05. Ks.
<http://www.hel2.fi/tietokeskus/kvartti/2005/HIV-tartuntariskien.pdf>
Päihdebarometri 2003. Ajankohtaiskatsaus kuntien ja järjestöjen päihdetilanteeseen. Terveystiedon edistämisen keskuksen julkaisuja -sarja 8 / 2003. Trio-Offset, Helsinki. Ks.
<http://www.health.fi/barometrit/paihde/index.html>

Päihdelääketieteellisen yhdistyksen huumeepoliittinen kannanotto (2005). Ks.
http://www.terveysportti.fi/kotisivut/sivut.koti?p_sivusto=65

Päihdepalvelujen laatusuosituks (2002). Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2002:3. Edita Prima Oy, Helsinki. Ks. <http://www.stm.fi/suomi/julkaisu/julk01fr.htm>.

Päihdetilastollinen vuosikirja 2005. - alkoholi ja huumeet. Stakes. SVT/Sosiaaliturva 2005

Pääministeri Matti Vanhasen hallituksen ohjelma 24.6.2003. Ks.
<http://www.valtioneuvosto.fi/vn/liston/base.lsp?r=696&k=fi>

Rahanpesun selvittelykeskus, vuosikertomus 2004. Keskusrikospoliisi. Ks.
[http://www.poliisi.fi/poliisi/krp/home.nsf/files/RAP_vuosikertomus_2004/\\$file/RAP_vuosikertomus_2004.pdf](http://www.poliisi.fi/poliisi/krp/home.nsf/files/RAP_vuosikertomus_2004/$file/RAP_vuosikertomus_2004.pdf)

Raitanen, M. (2005): Voitto kotiin. tutkimus ennalta ehkäisevän päihdetyön voitto kotiin -projektista. Nuorten Puolesta ry. Nuorisotutkimusvertosto/Nuorisotutkimusseura, verkkojulkaisuja 2005. Ks.
http://www.nuorisotutkimusseura.fi/tiedoston_katsominen.php?dok_id=107

Raitasalo, K-M., Alho, H., Lindeman, J., Roine, R. & Tigerstedt, C. toim. (2005). Tommi 2005. Alkoholi- ja huumeetutkimuksen vuosikirja. Alkoholi- ja huumeetutkijain seura ry. Karisto Oy, Hämeenlinna 2005. Ks.
http://www.stakes.fi/neuvoa-antavat/julkaisut/Tommi_2005.pdf

Rajavartiolaitoksen tiedote 10.3.2005. Poliisi, tullit ja rajavartiolaitos tehostavat yhteistyötään rikollisuuden torjunnassa. Ks.
<http://www.rvl.fi/rvl/bulletin.nsf/PFBDArch/092BA519A4C807F5C2256FC00025B58D?opendocument>

Rantala, K. (2004a): Onko nykykeinoista vankilakierteen katkaisuun? Haaste 3/2004. Ks.
<http://www.om.fi/haaste/27961.htm>

Rantala, K. (2004). Vankilasta vapautuvat huumeiden käyttäjät: sosiaalinen ongelma? Uusintarikollisuuden vähentäminen yksilökohtaisella työotteella ja verkostoituen. Tampereen huumeepilotin 4. raportti. Tampereen sosiaali- ja terveystoimen tutkimuksia 3/2004. Ks. [http://www.poliisi.fi/intermin/images.nsf/files/ABAE95FC516B3A2FC2256EA8002FA8BD/\\$file/vv-raportti040602.pdf](http://www.poliisi.fi/intermin/images.nsf/files/ABAE95FC516B3A2FC2256EA8002FA8BD/$file/vv-raportti040602.pdf)

Rantala, K. (forthcoming in 2004a) Drug prevention as coordination: the vicious circle of devolving responsibility in primary prevention. Forthcoming in Drugs: education, prevention and policy.

Rikollisuustilanne 2004. Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos, julkaisuja 215/2005, Hakapaino Oy, Helsinki. Ks. <http://www.om.fi/optula/31877.htm>

Rikollisuustilanne 2003. Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos, julkaisuja 209/2004. Hakapaino Oy, Helsinki. Ks. <http://www.om.fi/optula/2662.htm>

Rikosseuraamusviraston tiedote (23.6.2004). Vankeinhoidon päihdetyöhön uusia linjoja. Ks. <http://www.rikosseuraamus.fi/26183.htm>

Rikosseuraamusviraston tiedote (7.9.2004). Kriminaalihuollolle linjaukset suhtautumisessa päihteiden käyttöön asiakastyössä. Ks. <http://www.rikosseuraamus.fi/27586.htm>

Rikosseuraamusvirasto (2004): Vuosikertomus ja tilastot vuodelta 2003. Ks. <http://www.rikosseuraamus.fi/15157.htm>

Rikostutkinnan tila -selvityshanke.

Sisäasiainministeriön poliisiosasto, julkaisusarja 4 / 2003. Ks.

[http://www.intermin.fi/intermin/biblio.nsf/226B9362C33C4096C2256CD2002C9438/\\$file/4-2003.pdf](http://www.intermin.fi/intermin/biblio.nsf/226B9362C33C4096C2256CD2002C9438/$file/4-2003.pdf)

Rimpelä, A., Lintonen, T., Pere, L., Rainio, S. & Rimpelä, M. (2003). Nuorten terveystapatutkimus 2003. Tupakkatuotteiden ja päihteiden käytön muutokset 1977 - 2003. Stakes, Aiheita 13/2003. Ks. <http://www.stakes.fi/verkkojulk/pdf/Aiheita13-2003.pdf>

Rimpelä, M., Ojajärvi, A., Luopa, P. & Kivimäki, H. (2005). Kouluterveyskysely, kouluterveydenhuolto ja terveystieto. Perusraportti kyselystä yläkouluille ja terveyskeskuksille. Stakes, työpapereita 1 / 2005. Ks. <http://www.stakes.fi/kouluterveys/raportointi/tyopapereita0105.pdf>

Roine, M. (2004). Huumeidenkäytön merkitykset internetin keskusteluryhmässä. Diskurssianalyttinen tapaustutkimus A-klinikkasäätiön Päihdelinkin Sauna-foorumista. A-klinikkasäätiön monistesarja nro 39. Ks. www.a-klinikka.fi/julkaisut/verkkojulkaisut/saunadiskurssi.pdf.

Rokka, A-M. (2004): Anjalankosken Nuorten juttu -projektin (2000 - 2003) loppuraportti. A-klinikkasäätiön monistesarja 41. Ks. http://www.a-klinikka.fi/julkaisut/verkkojulkaisut/nuorten_juttu.pdf

Romppainen, P. & Saunio, A-L. (2004): Verkkopohjaisesta oppimisympäristöstä tukea kehittämistyöhön? Kokemuksia ehkäisevän päihdetyön perusteet -verkkokurssista. Stakes, Aiheita 21/2004.

Salaspuro, M., Kiianmaa, K. & Seppä, K. (toim.) (2003). Päihdelääketiede. Kustannus Oy Duodecim, Gummerus kirjapaino Oy, Jyväskylä.

Saari, M. & Vesterbadka, H. (2005): Nuorten talo -projektin (2002 - 2004) loppuraportti A-klinikkasäätiön monistesarja nro 47 / 2005. Ks. http://www.a-klinikka.fi/julkaisut/verkkojulkaisut/nuorten_talo.pdf

Salasuo, M. 2003. Tajunnan kumous – ensimmäinen huumeaalto. Teoksessa Peltonen, M., Kurkela, V. ja Heinonen, V. (toim.) Arkinen kumous. Suomalaisen 60-luvun toinen kuva. SKS: Helsinki, s. 84–109.

- Salasuo, M. 2004a. Ekstaasin jäljillä – MDMA:n eli ekstaasin historia ja leviäminen länsimaiseen nuorisokulttuuriin. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* vol. 41 (1), s. 71–84.
- Salasuo, M. 2004b. Ekstaasin käyttäjien terveyden lukutaito – riskien ja haittojen tunnistaminen, ehkäisy ja vähentäminen. *Nuorisotutkimus* vol. 22 (1), s. 30–42.
- Salasuo, M. 2004c. Huumeet ajankuvana. Huumeiden viihdekäytön kulttuurinen ilmeneminen Suomessa. *Stakesin tutkimuksia* 149. Stakes: Helsinki.
- Salasuo, M. 2004d. Muuttuvat ekstaasimarkkinat – käytön leviäminen, markkinoiden muotoutuminen ja torjunnan haasteet. Teoksessa *Rikostutkimus 2003–2004*. Julkaisija Keskusrikospoliisi: Vantaa, s. 27–55.
- Salasuo, M. 2005. Huumeaallot sukupolvi-ilmiöinä. Teoksessa Tommi 2005. *Alkoholi- ja huumeetutkimuksen vuosikirja*. Alkoholi- ja huumeetutkijain seura ry: Helsinki, s. 75–86.
- Salasuo, M. ja Rantala K. 2002. Huumeiden viihdekäyttö ajankuvana. Teoksessa Hakkarainen, P. ja Kaukonen, O. (toim.) *Huumeiden käyttäjä hyvinvointivaltiossa*. Gaudeamus: Helsinki, s. 38–67.
- Salasuo, M. ja Seppälä, P. 2005. The Party Scene of Helsinki. *NAT – Nordic Studies on Alcohol and Drugs. English Supplement* vol. 22, s. 142–145.
- Saukkonen, A. 2005: Vieroitushoitopoliklinikalla jo viiden vuoden kokemus korvayshoidosta. *Tiimi* 1 / 2005
- Seppälä, P. 1999. Ravekulttuuri ja laittomat päihteet: yhteisöllisyyttä, etiikkaa ja identiteettiä. *Kansainvälistä taustaa ja suomalainen tapaustutkimus*. Sosiaalipolitiikan pro gradu –tutkielma. Helsingin yliopisto: Helsinki.
- Seppälä, P. 2003. Havaintoja huumeista. Tutkimus uusien huumeilmiöiden varhaisena tunnistajana. *Stakesin raportteja* 275. Stakes: Helsinki.
- Seppälä, P. ja Mikkola, T. 2003. Voisiko valistus olla kaksisuuntaista? *Tiimi* vol. 39 (1), s. 11–13.
- Seppälä, P. ja Mikkola T. 2004. Huumeet Internetissä ja nuorisokulttuureissa. Havaintoja huumeiden merkityksistä ja riskikäsitteistä käyttäjäpiireissä. *Stakesin raportteja* 287. Stakes: Helsinki.
- Seppälä, P. ja Salasuo M. 2001. Aaltoja vai vedenpinnan pysyvää nousua? *Yhteiskuntapolitiikka* vol. 66 (1), s. 71–75.
- Seppä, K. (2005): Päihteet ja ajokyky. *Suomen lääkäri* 60 /2005), 25-26.
<http://www2.fimnet.fi/pdf/2005/SLL252005-2811.pdf>
- Sisäisen turvallisuuden seurannan järjestäminen. Kansliapäällikköryhmän ehdotus. Sisäasianministeriön julkaisut 12 / 2005. Ks. [http://www.intermin.fi/intermin/biblio.nsf/72738DD9DF91ABBAC2256FE9003970AB/\\$file/122005.pdf](http://www.intermin.fi/intermin/biblio.nsf/72738DD9DF91ABBAC2256FE9003970AB/$file/122005.pdf)
- Sjöberg, S. 2005. Näkymättömät huumeiden käyttäjät. (Julkaisematon käsikirjoitus)
- Skenaario Suomen huumausainetilanteen kehityksestä 2004–2007. Valtioneuvoston periaatepäätös huumausainepoliittisesta toimenpideohjelmasta vuosille 2004–2007. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2004/1. Sosiaali- ja terveysministeriö: Helsinki, s. 15–20.
- Soikkeli, M. 2002. Miten puhua huumeista. Stakes: Helsinki.
- Sopimushoitotoimikunnan mietintö (2002): Laki sopimushoidon kokeilemisesta. Oikeusministeriö, komiteamietintö 2002:3. Edita Publishing Oy, Helsinki. Ks. <http://www.om.fi/17478.htm>.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2004. Stakes. SVT/Sosiaaliturva

Statfin 2005: Tilastokeskuksen portaali - terveys/kuolemansyyt. Ks.
<http://statfin.stat.fi/statweb/start.asp?LA=fi&DM=SLFI&lp=catalog&clg=terveys>

Strengell, P., Vahtola, M., Tammela, O. ja Seppä, K. (2005). Raskauden aikainen buprenorfiinihoito -riskit ja hyöty punnittava tarkkaan. Duodecim 2005; 121 (4): 392-9. Ks. <http://www.duodecim.fi/aikakauskirja/>

Suikkanen A., Martti, S. & Linnakangas, R. (2004). Homma hanskaan - nuorten kuntoutuskokeilun arviointi. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:5. Ks.
<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2004/05/hu1083758276684/passthru.pdf>

Suomen Eduskunta - valtiopäiväasiat (2003). Ks. <http://www.eduskunta.fi>

Suomen kansallinen HIV/AIDS -strategia. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2002:1. Ks.
<http://www.stm.fi/suomi/julkaisu/julk01fr.htm>.

Suomen Tulli. Vuosikertomus 2004. Ks.
http://www.tulli.fi/fi/04_Julkaisut/08_Vuosikertomukset/vuosikertomus_2004_fi.pdf

Tammi, T. 2002. Onko Suomen huumepolitiikka muuttunut? Teoksessa Hakkarainen, P. ja Kaukonen, O. (toim.) Huumeiden käyttäjä hyvinvointivaltiossa. Gaudeamus: Helsinki, s. 252–271.

Tartuntataudit Suomessa 2004. KTL B12 / 2005. Ks. myös
http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/julkaisusarjat/kansanterveyslaitoksen_julkaisuja_b/

Tartuntataudit Suomessa 2003. KTL B7 / 2004. Ks. myös
http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/julkaisusarjat/kansanterveyslaitoksen_julkaisuja_b/

Terveys 2015 -kansanterveysohjelma (2001). Valtioneuvoston periaatepäätös. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4. Ks. <http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/ehosisallys15.htm>

The Espad report 2003. Alcohol and other drugs use among students in 35 European countries. CAN, Modintryckoffset AB, Stocholm November 2004

Toimenpideohjelma huumausainepolitiikan tehostamiseksi 2001-2003 ja raportti ohjelman toteutumisesta (2003). Sosiaali- ja terveysministeriö, työryhmämuistioita 2003:8. Ks.
<http://www.stm.fi/suomi/julkaisu/julk01fr.htm>

Toteutuvatko turvallisuustalkoot (2003). Seurantaraportti kansallisen rikosentorjuntaohjelman toteutumisesta. Oikeusministeriö, lausuntoja ja selvityksiä 2003:1. Ks. <http://www.om.fi/17254.htm>

Tourunen, J & Perälä, J. (2004). Kohti kognitiivista yhteisöhoitoa? Helsingin vankilan päihitteettömän osaston arviointi- ja kehittämistutkimus. Rikosseuraamusviraston julkaisuja 2/2004. Ks.
<http://www.rikosseuraamus.fi/26138.htm>

Tullin huumekoirat –esite. Tullihallitus 2005. Ks. myös
http://www.tulli.fi/fi/07_Tulli_tutuksi/07_Tullin_huumekoirat/Tullin_huumekoirat05.pdf

Tullin huumestrategia 2002 - 2005. Ks. <http://www.tulli.fi/>

Tyttöjen talon esittely (2005). ks.
<http://nuoriso.hel.fi/mitaVoitTehdaJaMissa/kohdennettuNuorisotyo/tyttojenTaloJaTyttoyo.php>

Törmä, S. & Huotari, K. (2005a): Palvelut liikkeelle. Liikkuvan terveysneuvontayksikön toiminnan ulkoinen arviointi. Sosiaalikehitys Oy & Helsingin Diakonissalaitos, Edita Prima OY.

Törmä, S. & Huotari, K. (2005b): Huono-osaisimmat ja moniongelmaisimmat päihteiden käyttäjät avun tarvitsijoina ja asiakkaina. Sosiaalikehys Oy & Helsingin Diakonissalaitos, Edita Prima OY.

Törmä, S., Huotari, K. & Inkeroinen, T. (2004). Koordinoitua ja kumppanuuksia! Helsingin päihdehuollon ulkoinen arviointi. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Tutkimuksia 2003:4. Ks. <http://www.hel.fi/sosv/julkaisu/tutkimuksia/2003/Paihdearvio.pdf>

Törmä, S., Huotari, K. & Inkeroinen, T. (2003). Helsingin Diakonissalaitoksen Kurvin huumeepoliiklinikan ulkoinen arviointi. Sosiaalikehys Oy:n julkaisuja 1/2003.

Törmä S., Huotari K., Kinnunen, R. & Nieminen, J. (2002). Erityispalvelut hiv-positiivisille huumeiden käyttäjille. Kluuvien palvelukeskuksen toiminnan arviointi. Sosiaalikehitys Oy:n julkaisuja 1/2002.

Törrönen J. (toim.) (2004). Valvontaa ja vastuuta. Päihteet ja julkisen tilan moraalisaantely. Gaudeamus. Törrönen, J. ja Maunu, A. 2004. Ravintola, sosiaalisuus ja kulttuuriset eronteot. Sosiologia vol. 41 (4), s. 322–336.

Valtakunnansyyttäjänviraston ohje syyttäjille 2002:3. Seuraamuksen määrääminen huumausaineen käyttörikoksesta (kumoo ohjeen VKS 2000:5). Ks. <http://www.oikeus.fi/vksv/17378.htm>

Valtioneuvoston periaatepäätös huumausainepoliittisesta toimenpideohjelmasta vuosille 2004 - 2007 (2004). Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1/2004. Ks. <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2004/02/ad1075981306613/passthru.pdf>

Valtioneuvoston periaatepäätös huumausainepoliittikan tehostamisesta (2000). Valtioneuvoston tiedote 246/2000 - Huumausainepoliittikkaa tehostamalla leikataan huumeiden tarjontaa, kysyntää ja haittoja. Ks. <http://www.valtioneuvosto.fi/vn/liston/base.lsp?r=555&k=fi&old=754>

Valtioneuvoston periaatepäätös huumausainepoliittikasta (22.12.1998). Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 4/1999. Ks. http://www.edita.fi/valtviik/vn52_98.html

Vankeinhoidon päihdestrategia vuosiksi 2004 - 2006. Ks. <http://www.rikosseuraamus.fi/29334.htm>

Vankien terveydenhuollon kehittäminen (2003). Rikosseuraamusviraston monisteita 1/2003. Ks. <http://www.rikosseuraamus.fi/uploads/3rvv4zo6jcjx9.pdf>

Villikka, H. (2004). Selvitys huumeiden käyttäjien hoitoon suunnatun vuoden 2002 valtionavustuksen käytöstä. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:12. Ks. <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2004/06/mk1086872982135/passthru.pdf>

Villikka, H. (2003). Kartoitusta opioidiriippuvaisten lääkekorvaushoidon hoitajajoukosta. Sosiaali- ja terveysministeriön Monisteita 2003:16. Ks. <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2003/10/is1067439877589/dokumentti.pdf>

Virokannas, E. (2004). Normaalin rajan molemmilla puolilla - tutkimus huumehoitoyksikön nuorten identiteettien rakentumisesta. Stakes, Tutkimuksia 144. Gummerus kirjapaino Oy, Saarijärvi.

Virtanen, A. (2005). Huumausainetilanne Suomessa 2004. Suomen huumausaineiden seurantakeskuksen kansallinen raportti EMCDDA:lle. Stakes, Tilastoraportti 1 / 2005. Ks. <http://www.stakes.info/2/6/2,6,3.asp>

Virtanen, A. (2004). Huumausainetilanne Suomessa 2003. Suomen huumausaineiden seurantakeskuksen kansallinen raportti EMCDDA:lle. Stakes, Tilastoraportti 1 / 2004. Ks. <http://www.stakes.info/2/6/2,6,3.asp>

Virtanen, M. 2002. Huumeepoliittikan hauras kompromissi. Yhteiskuntapolitiikka vol. 67 (6), s. 511–512.

Vismanen, E. (2004). Huumehoidon alueellisen kattavuuden arviointi (julkaisematon)

Vorma, H., Sokero, P., Turiainen S. & Katila H. (2005): Opioidikorvaushoito tehoaa. Korvaushoito Hyksin päihdepsykiatrian yksikössä 2000 - 2002. Suomen Lääkärilehti 9/2005. Ks. myös <http://www.laakarilehti.fi/>

Vuori, E. (2004). Tilastotietoja oikeuskemiallisista huumausainelöydöksistä kuolemantapauksissa. Helsingin yliopiston oikeuslääketieteen laitos.

Vuori, E. & Ojanperä, I. & Nokua, J. & Ojansivu, R.-L. 2003. Oikeuskemiallisesti todetut myrkytyskuolemat vuosina 2000 ja 2001. Suomen Lääkärilehti

Vuori, E., Henry, J.A., Ojanperä, I., Nieminen, R., Savolainen, T., Wahlsten, P. ja Jäntti, M. 2003. Death Following Ingestion of MDMA (Ecstasy) and Moclobemide. Addiction 98: 365–368.

Väyrynen, S. (2005): Tytön ja huumeidenkäytön lupaukset. Tiimi 3-4/2005. Ks. http://www.a-klinikka.fi/tiimi/3405/huumeet_tytot.html

16. Lainsäädännön muutokset

Vankeuslain muutos (767/2005)

Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja -rahaetuuksista säädetyn lain muutos (566/2005)

Laki omaisuuden tai todistusaineiston jäädyttämistä koskevien päätösten täytäntöönpanosta Euroopan unionissa (540/2005).

Järjestyslain muutos (528/2005)

Poliisilain muutos (525/2005)

Valtioneuvoston asetus huumausainetestien tekemisestä (218/2005)

Yksityisyyden suojaa työelämässä koskevan laki (579/2004) ja tähän liittyen muutokset

- Työterveyshuoltolaissa (740/2004), Y
- Yhteistoiminnasta yrityksissä koskevassa laissa (761/2004),
- Yhteistoiminnasta valtion virastoissa laitoksissa annetun laissa (762/2004)
- Valtion virkamieslaissa (763/2004)
- Kunnallisen viranhaltijasta annetussa laissa (764/2004) ja
- Eduskunnan virkamiehistä annetussa laissa (193/2005).

Nuorisorangaistuksesta annetun lain muutokset (1196/2004; 1284/2004)

Pakkokeinolain muutokset (651/2004, 769/2005)

Rikoslain muutos (650/2004)

Lääketieteellisestä tutkimusta annetun lain muutos (295/2004).

Tieliikennelain muutokset (113/2004, 1103/2004)

17. Kuviot ja taulukot

KUVIOT

<i>Kuvio 1.</i> Huumeiden käytön ja huumehaittojen kehityssuuntaukset 1995–2004 (1995 = 100)	7
(Huumausainerikokset = poliisin tietoon tulleet huumausainerikokset (taulukko 2) Huumausainesairastavuus = huumausainesairaudet pää- tai sivudiagnoosin mukaan Stakesin terveydenhuollon hoitoilmoitustilastoissa (kuvio 6), Huumausainekuolemat = huumausaine-löydökset kuolemantapauksissa HY:n oikeuslääketieteen laitoksen mukaan (kuvio 5, maksimi), Kokeilut ja käyttö = joskus/viimeisen vuoden aikana huumeita kokeilleet väestökyselyissä (kuvio 3a & 3b) (Virtanen, A. 2005)	
<i>Kuvio 2a</i> Joskus tai vuoden aikana huumetta kokeilleiden miesten (15-69 -v.) osuus (%)	8
(Hakkarainen ym. 2005)	
<i>Kuvio 2b.</i> Joskus tai vuoden aikana huumetta kokeilleiden naisten (15-69 -v.) osuus (%)	8
(Hakkarainen ym. 2005)	
<i>Kuvio 3a</i> Joskus tai viimeisen vuoden aikana kannabista kokeilleiden poikien (15-16 -v.) osuus (%)	8
(Ahlström, ym. 2004)	
<i>Kuvio 3b</i> Joskus tai viimeisen vuoden aikana kannabista kokeilleiden tyttöjen (15-16 -v.) osuus (%)	8
(Ahlström ym. 2004)	
<i>Kuvio 4.</i> Ongelmakäyttäjien (amfetamiinien ja opiaattien) käyttäjien osuus 15–55-vuotiailla (%) 1997 - 2002	9
(Partanen P. ym. 2004)	
<i>Kuvio 5.</i> Huumausainekuolemat kuolemansyiden ja ainelöydösten perusteella 1995–2004	10
(Vuori 2005, Huohvanainen 2005, Virtanen 2005)	
<i>Kuvio 6.</i> Huumausaine-ehtoiset sairaalahoitojaksot 1995–2004	10
(Stakes, hoitoilmoitusrekisteri 2005)	
<i>Kuvio 7.</i> Huumausainediagnoosien kanssa yhdessä esiintyvät mielenterveyden häiriöiden diagnoosit sairaaloiden hoitoilmoitusten mukaan vuosina 1987 - 2002	11
(Pirkola ym. 2004)	
<i>Kuvio 8.</i> Huumausainelöydökset tieliikenteessä rattijuopumuksesta epäillyiltä 1995–2004	12
(Lillsunde 2005)	
<i>Kuvio 9.</i> Huumausainerikos päärikoksena istuvien vankien osuus vangeista 1995-2004	13
(Kriminaalihoitolaitos. Vuosikertomus 2004)	
<i>Kuvio 10a</i> Huumeiden tarjonta (%) pojille vuoden aikana	12
(Rimpelä, A. ym. 2003)	

<i>Kuvio 10b</i> Huumeiden tarjonta (%) tytöille vuoden aikana (Rimpelä, A. ym. 2003)	12
<i>Kuvio 11a</i> Huumeiden tarjonta (%) miehille vuoden aikana (Piispa ym. 2005, Virtanen 2005)	13
<i>Kuvio 11b.</i> Huumeiden tarjonta (%) naisille vuoden aikana (Piispa ym. 2005 Virtanen 2005)	13
<i>Kuvio 12.</i> Huumeisiin liittyvät haittakustannukset (minimi-maksimi) Suomessa 1997 - 2003	23
<i>Kuvio 13a.</i> Huumeita kokeilleita tuttavina (%) / 15-64 -vuotiaat naiset 1996 - 2004	53
<i>Kuvio 13b.</i> Huumeita kokeilleita tuttavina (%) / 15-64 -vuotiaat miehet 1996 -2004	53
<i>Kuvio 14.</i> Joskus kannabista kokeilleiden ikä- ja sukupuolijakauman kehitys 1992 - 2004	115
<i>Kuvio 15.</i> Amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäyttäjien osuus 15 - 54 -vuotiaista aikuisista	117
<i>Kuvio 16.</i> Terveystieteiden tutkimuskeskuksella huumesairauksien vuoksi hoidettujen potilaiden ikä- ja sukupuolijakauman kehitys 1996 - 2004	118
<i>Kuvio 17.</i> Huumeidenhoitoon hakeutuneiden ikä- ja sukupuolijakauman kehitys 1998 - 2004	119
<i>Kuvio 18.</i> Huumeidenhoitoon hakeutuneiden ikä- ja sukupuolijakauma päähuumeen mukaan vuonna 2004	120
<i>Kuvio 19.</i> Huumeidenhoitoon hakeutuneiden ikä- ja sukupuolijakauma asumismuodon mukaisesti vuonna 2004	121
<i>Kuvio 20.</i> C-hepatiittitartunnan saaneiden ikä- ja sukupuolijakauma kehitys 1996 - 2004	121
<i>Kuvio 21.</i> Huumeisiin kuolleiden ikä- ja sukupuolijakauma vuosina 1998 - 2004	123

TAULUKOT

<i>Taulukko 1.</i> Huumeidenhoitoon hakeutuneiden ja lääkkeitä käyttävien vuoksi päihdehoitoon hakeutuneiden asiakkaiden päihteiden käyttö (% -osuus asiakaskunnasta) vuosina 2000 - 2004 (Partanen A. 2005, Virtanen 2005)	9
<i>Taulukko 2.</i> Poliisin ja tullin tietoon tulleet huumeidenhoitoon hakeutuneiden vuosina 1995 - 2004 (KRP 2005, Hietaniemi 2005, Kainulainen 2005)	11
<i>Taulukko 3.</i> Poliisin ja tullin vuosina 1995 - 2004 takavarikoiduiksi kirjaamat huumeidenhoitoon hakeutuneiden erät (kg) (KRP 2005, Hietaniemi 2005, Kainulainen 2005)	13

<i>Taulukko 4.</i> Poliisin ja tullin kirjaamien huumausainetakavarikkojen lukumäärät vuosina 1995-2004 (KRP 2005, Kainulainen 2005)	13
<i>Taulukko 5.</i> Huumausainepoliittisten ohjelmien 2001 - 2003, 2004 - 2007 arvioidut resurssit (miljoonaa euroa)	47
<i>Taulukko 6.</i> Huumeita kokeilleiden osuus (%) 15 - 34 -vuotiaista aikuisista vuonna 2004	51
<i>Taulukko 7.</i> Amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäyttäjien määrän kehitys vuosina 1997 - 2002	64
<i>Taulukko 8.</i> Amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäyttäjien väestöosuudet (%) 1998 - 2002.	65
<i>Taulukko 9.</i> Vertailussa kansallinen alkoholiohjelma ja huumausainepoliittinen periaatepäätös	131
<i>Taulukko 10.</i> Alkoholi-, huume-, tupakka- ja dopinghallinnon järjestelmät	134